

Psykoterapiaan pääsyn kesto ja siihen yhteydessä olevat tekijät
– tutkimus lyhyistä ostopalvelopsykoterapioista Helsingin ja
Uudenmaan sairaanhoitopiirissä

Henri Aleksi Wahlstedt
Pro gradu -tutkielma
Psykologia
Lääketieteellinen tiedekunta
Huhtikuu 2020
Ohjaajat: Suoma Saarni ja
Niklas Ravaja



Tiedekunta – Fakultet – Faculty Lääketieteellinen tiedekunta		Koulutusohjelma – Utbildningsprogram – Degree Programme Psykologian maisteriohjelma	
Tekijä – Författare – Author Henri Aleks Wahlstedt			
Työn nimi – Arbetets titel – Title Psykoterapiaan pääsyn kesto ja siihen yhteydessä olevat tekijät – tutkimus lyhyistä ostopalvelupsykoterapioista Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä			
Oppiaine/Opintosuunta – Läroämne/Studieinriktning – Subject/Study track Psykologia			
Työn laji – Arbetets art – Level Pro Gradu -tutkielma		Aika – Datum – Month and year Huhtikuu 2020	Sivumäärä – Sidoantal – Number of pages 38
Tiivistelmä – Referat – Abstract <p>Tavoitteet. Psykoterapia on keskeinen mielenterveyden häiriöiden hoitomuoto, joten sen saatavuuden varmistaminen on tärkeää. Tällä hetkellä tarjonta ei kuitenkaan näytä kohtaavan kysyntää, mikä on herättänyt aiheellista huolta hoitoonpääsyn kestoista. Psykoterapeutin etsintä voi myös tuottaa potilaille haasteita, jotka edelleen pitkittävät hoidon alkamista. Riittävän saatavuuden varmistamiseksi tarvitaan tarkempaa tietoa kotimaisten psykoterapiapalveluiden odotusajoista. Tässä tutkimuksessa tavoitetta edistetään tarkastelemalla Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) lyhyiden ostopalvelupsykoterapioiden odotusaikoja ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä.</p> <p>Menetelmät. Tutkimus toteutettiin rekisteritutkimuksena, jonka tarkasteluajaväli on noin 13 kuukautta (12.09.2018-07.10.2019). Aineisto on peräisin HUS Psykiatrian laaturekisteristä, jonka avulla seurataan monipuolisesti psykoterapioiden toteutusta ja tuloksellisuutta. Otoksen (n = 819) potilaista suurin osa on naisia ja kotoisin pääkaupunkiseudulta. Elinaja-analyysin menetelmiä hyödyntämällä voitiin ottaa huomioon myös sellaiset odotusajat, joiden lopullinen pituus ei ollut vielä tiedossa tutkimuksen päättyessä.</p> <p>Tulokset ja johtopäätökset. Kaplan-Meier -analyysin pohjalta muodostettu arvio hoitoonpääsyn mediaanille on noin kolme kuukautta. Coxin regressiomallin perusteella hoitoonpääsyn tahti on ensin kiihtynyt, ja sitten hidastunut tutkimusajavälillä. Lisäksi havaittiin, että oheissairastavuudesta kärsivät ja perusterveydenhuollosta lähetetyt potilaat pääsevät keskimäärin hitaammin hoitoon, kun taas potilaan ikä, sukupuoli, hoidettava häiriö tai terapisuuntaus eivät ole yhteydessä hoitoonpääsyn keston. Tutkimuksessa tuotettiin vertailukohta psykoterapiapalveluiden odotusajoille Suomessa, ja alustavaa tietoa psykoterapiaprosessien kehittämiselle HUS Psykiatrialla. Suhteellisen lyhyen tarkasteluajavälin vuoksi tietoa odotusajoista tulee kuitenkin päivittää aineiston kertyessä.</p>			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords Psykoterapia, lyhytpsykoterapia, odotusaika, hoitoonpääsy, HUS.			
Ohjaaja tai ohjaajat – Handledare – Supervisor or supervisors Suoma Saarni ja Niklas Ravaja			
Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited Helsingin yliopiston kirjasto – Helda / E-thesis (opinnäytteet), ethesis.helsinki.fi			
Muuta tietoa – Övriga uppgifter – Additional information Tutkimus toteutettiin opinnäytetyönä HUSille. Kiitän Tom Rosenströmiä arvokkaista neuvoista tutkimusmenetelmiä koskien.			



Tiedekunta – Fakultet – Faculty Faculty of Medicine		Koulutusohjelma – Utbildningsprogram – Degree Programme Master's degree programme in Psychology	
Tekijä – Författare – Author Henri Aleks Wahlstedt			
Työn nimi – Arbetets titel – Title Waiting times for psychotherapy and associated factors – evidence from outsourced short psychotherapies in Helsinki and Uusimaa Hospital District			
Oppiaine/Opintosuunta – Läroämne/Studieinriktning – Subject/Study track Psychology			
Työn laji – Arbetets art – Level Master's thesis		Aika – Datum – Month and year April 2020	Sivumäärä – Sidoantal – Number of pages 38
Tiivistelmä – Referat – Abstract <p>Objective. Psychotherapy is widely recognized as an effective form of treatment for mental disorders. Therefore, it is important to ensure its availability. In Finland, the demand seems to exceed the supply for psychotherapy, and the burdensome process of searching for a psychotherapist may impede access to care. To ensure the availability of psychotherapy, more detailed information on waiting times and factors that affect them are needed. In this study, waiting times of outsourced short psychotherapies in Helsinki and Uusimaa Hospital District are modelled.</p> <p>Methods. The data was derived from the quality registry for psychotherapy, which is used to gather versatile information on the psychotherapy process. Our sample consists of 819 patients referred to psychotherapy between 12.09.2018-07.10.2019. Most of these patients are women and come from Greater Helsinki. Since the final waiting time was not known for every patient, survival analysis methods were used.</p> <p>Results and conclusions. Using Kaplan-Meier analysis, the median waiting time was estimated to be three months. Based on a Cox regression model, the rate of starting a therapy has first accelerated and then slowed down during the study interval. It was also found that psychiatric comorbidity and referral from primary care were associated with longer waiting times, while the other variables were not. This study provides a point of reference for other psychotherapy services, and initial information for development of psychotherapy processes in Helsinki and Uusimaa. That being said, the study interval was quite short and information on waiting times should be updated regularly.</p>			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords Psychotherapy, short therapy, waiting time, access to care, HUS			
Ohjaaja tai ohjaajat – Handledare – Supervisor or supervisors Suoma Saarni and Niklas Ravaja			
Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited Helsinki University Main Library Helda / E-thesis, ethesis.helsinki.fi			
Muuta tietoa – Övriga uppgifter – Additional information This master's thesis was conducted for the use of HUS Helsinki University Hospital. I want to thank Tom Rosenström for his valuable methodological advice.			

Sisällys

1. Johdanto	1
1.1 Psykoterapia hoitomuotona	2
1.2 Nopean hoitoonpääsyn merkitys	3
1.2.1 Oireiden kehittyminen psykoterapian odottamisen aikana	3
1.2.2 Odottamisen vaikutus psykoterapiaprosessiin	4
1.3 Psykoterapiapalveluiden järjestäminen ja hoitoonpääsy	6
1.3.1 IAPT – kansainvälinen psykoterapian tarjonnan kehittämisen malli	6
1.3.2 Psykoterapiapalveluiden järjestäminen Suomessa	6
1.3.3 Psykoterapian kysynnän ja tarjonnan kohtaaminen Suomessa	7
1.3.4 Psykoterapeutin hakuprosessiin vaikuttavat tekijät	9
1.3.5 Psykoterapiapalvelut Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä	10
1.4 Tutkimuksen lähtökohdat ja tavoitteet	11
2. Tutkimuskysymykset	12
3. Menetelmät	13
3.1 Otot	13
3.2 Aineiston keruu	13
3.3 Muuttujat	14
3.4 Tilastolliset analyysit	15
4. Tulokset	17
4.1 Hoitoonpääsy odotusajan kasvaessa	17
4.2 Psykoterapialähteen ajankohdan yhteys odotusaikaan	18
4.3 Muiden riippumattomien muuttujien yhteydet odotusaikaan	19
5. Pohdinta	24
4.1 Hoitoonpääsyn kesto	24
4.2 Hoitoonpääsyn kestoon yhteydessä olevat tekijät	26
4.3 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitteet	28
4.4 Tulosten hyödyntäminen ja jatkotoimenpiteet	30
Lähteet	32
Liite	38

1. Johdanto

Mielenterveyden häiriöiden elinikäiseksi esiintyvyydeksi on arvioitu kansainvälisesti 12-47,4 % (Kessler, Angermeyer, Anthony, De Graaf, Demyttenaere, Gasquet, 2007), mikä kertoo maailmanlaajuisesta kansanterveydellisestä haasteesta. Tämä haaste näkyy selvästi myös Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimuksen (Suvisaari, Viertiö, Solin & Partonen, 2018) mukaan merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta kokee ajankohtaisia huolia ja toimintakykyä painotettaessa noin 23 % naisista ja 15 % miehistä. Mieliala- ja ahdistusoireilua painotettaessa vastaavat osuudet ovat 7 ja 8 %.

Mielenterveyden häiriöiden aiheuttaman inhimillisen kärsimyksen lisäksi myös taloudelliset vaikutukset ovat mittavat. OECD:n tuoreen raportin (2018) mukaan mielenterveysongelmat aiheuttavat nykytilanteessa Suomelle kokonaisuudessaan arviolta 11 miljardin euron vuosittaiset kustannukset. Näitä kustannuksia muodostuu terveydenhuollon, sosiaalietuuksien ja epäsuorien, työmarkkinoihin kohdistuvien vaikutusten kautta. Inhimillisen kärsimyksen ja yhteiskunnallisen taakan vähentämiseksi tarvitaan sekä panostusta ongelmia ennaltaehkäiseviin ja mielenterveyttä edistäviin että varhaista tunnistamista ja vaikuttavien hoitojen saatavuutta parantaviin ratkaisuihin.

Vaikuttaviin hoitomuotoihin kuuluu psykoterapia, jota pidetään keskeisenä osana toimivia mielenterveys- ja päihdepalveluita (Wahlbeck, 2018). Tästä huolimatta psykoterapiapalveluiden riittävä saatavuus on herättänyt huolta. Tutkijat ovat arvioineet, että kysyntä ja tarjonta kohtaavat heikosti, ja että potilaiden saama ohjaus psykoterapiaprosessin aikana on riittämätöntä (Valkonen, Henriksson, Tuulio-Henriksson & Autti-Rämö 2011).

Saatavuuden perusteellisessa arvioinnissa tarvitaan tietoa psykoterapiaan pääsyn kestosta Suomessa. Hoitoonpääsyn tutkiminen on tärkeää myös potilaiden informoinnin ja psykoterapian hakuprosessien kehittämisen näkökulmasta. Aiheesta ei kuitenkaan ole tiettävästi aiempia kotimaisia tutkimuksia. Tässä tutkimuksessa tietoa lisätään tarkastelemalla Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) lyhyisiin ostopalvelupsykoterapioihin pääsyn kestoa. Lisäksi haluttiin selvittää, voidaanko käytettävissä olevasta aineistosta löytää hoitoonpääsyn kestoon yhteydessä olevia tekijöitä.

1.1 Psykoterapia hoitomuotona

Psykoterapian konsensuskokouksessa (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2006) psykoterapia on määritelty seuraavasti: ”Psykoterapiassa on kyse jäsennellystä vuorovaikutuksellisesta prosessista potilaan (potilaiden) ja hoitavan henkilön (henkilöiden) välillä. Psykoterapia on tavoitteellista, mielenterveyden ongelman tai häiriön poistamiseen tai lieventämiseen tähtäävää ammatillista toimintaa. Se pohjautuu vakiintuneeseen ja koeteltuun psykologiseen tietopohjaan ja sen puitteet määritellään hoitosopimuksessa. [– –]” Tässä määritelmässä korostuu teorioiden ja terapiamuotojen rajat ylittävä ajatus vuorovaikutuksellisesta, tavoitteellisesta, tietoon perustuvasta ja potilaan kanssa yhteisymmärryksessä toteutettavasta mielenterveyden hoidosta.

Erilaisia psykoterapiamuotoja on kehitetty arviolta ainakin yli 500 (Pearsall, 2011), joista iso osa on saman psykoterapiamuodon erilaisia variaatioita. Näitä hoitomuotoja voidaan luokitella esimerkiksi niiden psykopatologiaa ja persoonallisuuden kehitystä koskevan teoreettisen taustan (esimerkiksi kognitiivinen ja psykodynaaminen terapia), terapian toteutusmuodon (esimerkiksi yksilö- tai ryhmähoito) tai hoidon keston mukaan. Eri psykoterapiamuodoissa hyödynnetään erilaisia terapeuttisia tekniikoita, mutta myös yhtäläisyyksiä on runsaasti (Cuijpers, Reijnders & Huibers, 2019).

Psykoterapioiden vaikuttavuudesta useiden eri mielenterveyden häiriöiden hoidossa on kertynyt laajasti näyttöä (Cuijpers, Reijnders & Huibers, 2019). Näyttö koskee paitsi yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä, kuten masennusta (Cuijpers, 2017; Mohr, Ho, Hart, Baron, Berendsen & Beckner, 2014) ja ahdistuneisuushäiriöitä (Cuijpers, Cristea, Karyotaki, Reijnders & Huibers, 2016; Pompoli, Furukawa, Imai, Tajika, Efthimiou & Salanti, 2018; Zhang, Franklin, Jing, Bornheimer, Hai & Himle, 2018), myös esimerkiksi persoonallisuushäiriöitä (Cristea, Gentili, Cotet, Palomba, Barbui & Cuijpers, 2017; Dadoomo, Panzeri, Caponcello, Carmelitan & Grecucci, 2018) ja tietyin rajoittein psykoosisairauksia (Jauhar, Laws & McKenna, 2019). Näin ollen psykoterapiat ovat perustellusti keskeisessä roolissa mielenterveyden häiriöiden hoidossa.

Tällä hetkellä ei voida kuitenkaan vetää perusteellisia johtopäätöksiä siitä, onko eri terapiasuuntausten välillä kliinisesti merkittäviä eroja ainakaan useimpien mielenterveyden häiriöiden hoidossa (Cuijpers, 2019). Kattavaa vertailutietoa ei ole saatavilla kaikkien psykiatristen häiriöiden, eikä etenään kaikkien oirekokonaisuuksien osalta. Cuijpersin ja kollegoiden laajan

katsauksen (2019) perusteella haasteita tuottavat erityisesti myös tutkimuksiin tyypillisesti liittyvät vinoumat ja riittämätön tilastollinen voima. Joidenkin häiriöiden ja oireiden kohdalla selvästi laajin tutkimusnäyttö kuitenkin koskee tiettyjä hoitomuotoja, jolloin niiden suosiminen on perusteltua. Esimerkiksi pakko-oireisen häiriön osalta tutkimusnäyttöä on kattavasti vain kognitiivis-behavioraalisista menetelmistä (Öst, Havnen, Hansen & Kvale, 2015).

Psykososiaalisten hoitojen julkisen järjestämisen näkökulmasta tämänhetkistä näyttöä voidaan tulkita niin, että kaikkien riittävästi tutkimustukea saaneiden hoitomuotojen tuottaminen on perusteltua siinä määrin, mikä on järkevää kustannusvaikuttavuuden ja olemassa olevien resurssien puitteissa. Ensisijaista hoitoa valittaessa on syytä tarkastella laajojen meta-analyyysien lisäksi myös tuoreita, metodologisesti vahvoja ja hoitokontekstin kannalta asianmukaisimpia tutkimuksia. Niiden tarjoama näyttö ja hypoteesit mahdollisista hoitotuloksista muokkaavista tekijöistä voivat tuoda lisää informaatiota päätöksenteon tueksi. On myös alustavaa näyttöä siitä, että hoitomuodon ja tavoitteiden valintaa ohjaavalla psykoterapia-arviolla voidaan parantaa hoidon tuloksellisuutta (Laaksonen, 2014).

1.2 Nopean hoitoonpääsyn merkitys

1.2.1 Oireiden kehittyminen psykoterapian odottamisen aikana

Psykiatrasta hoitoa odottavat voivat kokea odotusajan hyvin raskaana ja turhauttavana (Biringer, 2015; Marshall, Quinn, Child, Shenton, Mind, 2010). Selvästi suurimmalla osalla psykoterapiaan pääsyä odottavista potilaista vointi ei myöskään vaikuta merkittävästi parantuvan odotusaikana (Barkham, Mullin, Leach, Stiles & Lucock, 2007; Beck, 2015; Penkova, Stark, Leichenring & Steinert, 2018; Posternak & Miller 2001; Steinert, Stadter, Stark & Leichenring, 2016; Young, 2006). Vaikka potilaan tilanteen spontaani paraneminen onkin mahdollista (Beck, 2015; Rutherford, Mori, Sneed, Pimontel & Roose 2012; Posternak & Miller 2001; Young, 2006), odotusaikaa ei tämän vuoksi ole syytä pitää potentiaalisena toipumisen jaksena.

Lisäksi on mahdollista, että osalla potilaista vointi kehittyy todennäköisemmin huonompaan suuntaan (Beck, 2015). Beck kollegoineen havaitsi, että vaikka huomioidaan regressio keskiarvoa kohti, niin erikoissairaanhoidon potilaiden parempi vointi odotusajan alussa oli yhteydessä heikompaan vointiin sen lopussa, ja toisinpäin. Yhdessä meta-analyyysissä (Steinert ym. 2016) on

myös havaittu, että psykiatristen palveluiden piiristä rekrytoitujen osallistujien vointi heikkeni odotusajalla, kun taas laajemmasta populaatiosta rekrytoituilla se keskimäärin hiukan parani. Kyseisessä meta-analyysissä tarkasteltiin potilaita, jotka kuuluivat kontrolliryhmään sosiaalisten tilanteiden pelon hoitoa koskevissa tutkimuksissa. Vastaavanlaisessa, paniikkihäiriöstä kärsiviä potilaita koskevassa meta-analyysissä (Penkova ym. 2018) eroja ei kuitenkaan löydetty.

Edellä mainittuja tuloksia lukuun ottamatta voinnin kohenemista tai heikentymistä selittäviä tekijöitä ei ole havaittu. Tämä koskee paitsi demografisia tekijöitä (Beck, 2015; Penkova ym. 2018; Steinert ym. 2016), myös esimerkiksi oheissairastavuutta ja lääkehoitoa (Penkova ym. 2018; Steinert ym. 2016). Myöskään odotusajan pituudella ei vaikuta keskimäärin olevan merkitystä potilaan voinnin kehittymiselle lähetteen ja arviointikäynnin (Young, 2006), arviointikäynnin ja terapian alkamisen (Beck ym. 2015; Barkham, 2007) tai kliinisten tutkimusten kontrolliryhmien odotusajan alku- ja loppumittausten välillä (Penkova ym. 2018; Steinert ym. 2016). On siis mahdollista, että voinnin heikentyminen ei ole systemaattisesti liitettävissä mihinkään tiettyihin tekijöihin, vaan määräytyy useiden mahdollisten yksilöä ja tämän odotuksenaikaisia olosuhteita koskevien tekijöiden kautta.

Vaikka nopean hoitoonpääsyn on katsottu voivan ehkäistä ongelmien monimutkaistumista (kts. esim. Wahlbeck, 2018), niin tämänhetkisen tiedon perusteella ei voida määrittää, milloin hoidon tulisi viimeistään alkaa eri tilanteessa olevien tai erilaisesta oirekuvasta kärsivien potilaiden kohdalla. Mielenterveyden häiriöihin liittyvän heikomman elämänlaadun (Saarni, Härkänen, Sintonen, Suvisaari, Koskinen & Aromaa, 2006) vuoksi nopeaa hoitoonpääsyä voidaan kuitenkin pitää itsessään merkityksellisenä. Tästä näkökulmasta tavoitteena tulisi aina olla mahdollisimman lyhyt odotusaika.

1.2.2 Odottamisen vaikutus psykoterapiaprosessiin

Odotusaika saattaa tutkimusten valossa vaikuttaa siihen, aloittaako asiakas lopulta hoitosuhdetta. Perheiden mielenterveyspalveluita käsitelleessä katsauksessa (Benway, Hamrin & McMahon, 2003) tultiin viiden tutkimuksen perusteella johtopäätökseen, että pidempään odottaneet asiakkaat tulivat harvemmin ensimmäiselle tapaamiselle. Myös useissa muissa, erilaisia psykososiaalisia ja psykiatrisia palveluita kattaneissa tutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tuloksia (Booth and Bennett, 2004; Folkins, Hersh, & Dahlen, 1980; Reitzel, Stellrecht, Gordon,

Lima, Wingate, Brown & Wolfe, 2006; Rodolfa, Rapaport & Lee, 1983; Swift, Whipple & Sandberg, 2012). Laadulliset havainnot potilaiden kokemuksista viittaavat niin ikään siihen, että pitkä odotusaika voi vaikuttaa päätökseen jättää psykiatrinen hoito väliin (Benway ym. 2003; Marshall ym. 2016). Kaikissa tutkimuksissa yhteyttä ei kuitenkaan ole havaittu (Anderson, Hogg, & Magoon, 1987; Freund, Russell, & Schweitzer, 1991; Sparks, Daniels & Johnson, 2003).

Ne tutkimukset, joissa yhteyttä ei löydetty, eivät vaikuta muodostavan selkeästi erillistä ryhmää tutkimusten piirteiden osalta. Näistä tutkimuksista kuitenkin kahdessa (Anderson ym. 1987 & Freund ym. 1991) käsiteltiin yliopistojen ohjaus- ja neuvontapalveluita (*counselling*), joiden asiakaskunta poikkeaa muusta terveydenhuollosta. On myös merkille pantavaa, että Andersonin ja kollegoiden (1987) ja Sparksin ja kollegoiden (2003) tutkimuksissa oli merkittävästi suurempi otoskoko kuin tutkimuksissa, joissa yhteys on havaittu.

Osin ristiriitaisista tuloksista huolimatta lienee todennäköistä, että pitkä odotusaika johtaa ainakin osalla potilaista päätökseen olla aloittamatta psykiatrasta hoitoa. Tutkimusten asetelmissa ja kohderyhmissä oli kuitenkin kaikkiaan paljon eroja; erilaisten asiakasryhmien lisäksi myös esimerkiksi odotusajan määritelmä vaihteli. Näin ollen tutkimusten perusteella ei voida arvioida, kuinka merkittävä ilmiö on erikoissairaanhoidon psykoterapiapalveluiden järjestämisen näkökulmasta.

Hoitoprosessin aloittamista koskevien tutkimusten lisäksi pitkiä odotusaikoja on tarkasteltu myös hoidon vaikuttavuuden näkökulmasta. Yli 537 000 potilasta kattaneessa tutkimuksessa (Clark, Canvin, Green, Layard, Pilling & Janecka, 2018) pyrittiin löytämään Britannian julkisessa terveydenhuollossa hoidon tuloksellisuuden alueellista vaihtelua selittäviä prosessimuuttujia. Tutkimuksessa havaittiin, että hoidosta hyötyvien potilaiden osuus oli pienempi alueilla, joissa keskimääräinen odotusaika oli pidempi. Laaditun mallin perusteella hoidosta hyötyvien potilaiden osuus laski jyrkimmin noin kuukauden ja puolentoista kuukauden mittaisten odotusaikojen välillä. Tutkijat pitivät mahdollisena, että odotusajan pitkittyessä innostus ja halu sitoutua psykoterapeuttiseen työskentelyyn laskee, mikä näkyy lopulta hoidon tuloksellisuudessa. Myös Beck kollegoineen (2015) havaitsi pitkän odotusajan olevan yhteydessä huonompaan vointiin psykoterapian lopussa. Efektikoko jäi kuitenkin pieneksi ($r < .10$), eikä sen todettu olevan kliinisesti merkittävä.

1.3 Psykoterapiapalveluiden järjestäminen ja hoitoonpääsy

1.3.1 IAPT – kansainvälinen psykoterapian tarjonnan kehittämisen malli

Odotusaikoja määrittelee keskeisesti psykoterapiapalveluiden tarjonta ja järjestämisen tapa, joita arvioitaessa on syytä hyödyntää myös kansainvälisiä vertailukohtia. Eräs lyhyen kuvauksen ansaitseva ohjelma on Iso-Britannian julkisen terveydenhuollon yhteydessä kehitetty Improving access to psychological therapies (IAPT), jossa tavoitteena on tarjota lyhytpsykoterapioita masennus- ja ahdistuspotilaille riittävän varhaisessa vaiheessa (Clark, Canvin, Green, Layard, Pilling & Janecka, 2018). Ohjelmaa on kehitetty yli kymmenen vuotta, ja se on innoittanut psykoterapiajärjestelmien kehitystyötä myös muissa maissa, kuten Norjassa (Knapstad, Nordgreen & Smith, 2018) ja Australiassa (Cromarty, Drummond, Francis, Watson & Battersby, 2016).

Ohjelman keskeisiin piirteisiin kuuluvat huomattava panostus psykoterapeuttien kouluttamiseen, tutkittujen hoitomuotojen tarjoaminen ja hoidon toteuttaminen kattavaa työnohjausta ja jatkuvaa hoitotuloksien seurantaa hyödyntäen. Jokaiselle potilaalle järjestetään perusteellinen arviointikäynti, jossa määritellään keskeiset ongelma-alueet, tavoitteet ja hoitosuunnitelma potilaiden toiveita ja tarpeita kunnioittaen. Palvelut sijaitsevat lähellä asutusta, ja arviointiin pääsee myös ilman lääkärin lähetettä.

Noin 50 % Iso-Britannian IAPT-palveluiden potilaista saavuttaa ohjelmassa määriteltä kliinistä raja-arvoa matalamman tuloksen ahdistusta ja masennusta mitattaessa, ja kaksi kolmasosaa saa hoidosta merkittävää hyötyä (Clark ym. 2018). Vuonna 2018-2019 89,4% aloitti hoidon 1,5 kuukauden sisällä, ja 99 % 4,5 kuukauden sisällä. Perusteellisen tutkimuksen ja sitä hyödyntävän kehitystyön takia IAPT-ohjelmaa voidaan pitää keskeisenä kansainvälisenä mallina, kun arvioidaan julkisia psykoterapiapalveluita Suomessa.

1.3.2 Psykoterapiapalveluiden järjestäminen Suomessa

Suomessa psykoterapiaa antaa tehtävään koulutettu psykoterapeutti. Ammattinimike on suojattu terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevassa laissa (L 559/94) ja asetuksessa (A 564/94), ja nimikkeen myöntämisestä ja käytön valvonnasta vastaa Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Valvira. Koulutuksesta vastaavat yliopistot yhdessä muiden kouluttajaorganisaatioiden kanssa.

Mielenterveyspalveluiden järjestämisvastuu kuuluu mielenterveyslain (L 1116/1990) mukaan kunnille ja niiden sairaanhoitopiireille. Näitä palveluita, psykoterapiat mukaan lukien, voidaan tuottaa esimerkiksi osana kunnan tai sairaanhoitopiirin sosiaali- ja terveyspalveluita, yhteistyössä muiden palveluntuottajien kanssa tai ostopalveluna (L 733/1992). Lisäksi Kansaneläkelaitos (Kela) järjestää kuntoutuspsykoterapiaa työ- tai opiskelukyvyyn tukemiseksi, ja psykoterapiaa vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena sellaisille potilaille, joilla on huomattavia vaikeuksia arkipäivän suoriutumisessa ja osallistumisessa (L 566/2005). Myös muut toimijat, kuten yritykset ja säätiöt voivat kustantaa asiakkailleen psykoterapiaa, vaikkakin tämä kattaa vain pienen osan kokonaistarjonnasta (Valkonen ym. 2011).

Psykoterapiapalveluiden saatavuudesta ei ole tietävästi aiempia kotimaista tutkimuksia, joissa olisi raportoitu mitattuja odotusaikoja. Palvelutarjontaa ja järjestelmän tilaa on kuitenkin kartoitettu tutkimuksessa, (Valkonen ym. 2011), jonka kohderyhmänä oli kaikki, joilla oli psykoterapeuttinimikkeen käyttöoikeus vuonna 2009 (4909). Kyselyyn vastasi 3170 psykoterapeuttia, mutta lopullisessa analyysissä huomioitiin vain aktiivisesti ammatissa toimineiden psykoterapeuttien vastaukset (2366). Selvityksen aikaan tyypillisimmät rahoittavat tahot olivat odotetusti julkinen terveydenhuolto ja Kela; julkisen terveydenhuollon kustantamia asiakkaita oli 50,5 %:lla ja Kelan kustantamia 50,9 % psykoterapeuteista. Kelan rooli on kasvanut entisestään vuoden 2011 jälkeen, jolloin kuntoutuspsykoterapia muuttui harkinnanvaraisesta järjestämisvelvollisuuden alaiseksi kuntoutusmuodoksi. Vuonna 2010 kuntoutuspsykoterapiaa sai lähes 16 000 henkilöä, kun vuonna 2018 luku oli jo noin 44 000 (Kela, 2018).

1.3.3 Psykoterapian kysynnän ja tarjonnan kohtaaminen Suomessa

Psykoterapiapalveluiden tilaa kartoittaneen tutkimuksen aikaan Suomessa ammattia harjoittavien psykoterapeuttien arvioitiin kykenevän hoitamaan vuoden aikana yhteensä noin 65 000 potilasta (Valkonen ym. 2011). Tutkijat korostavat, että kyseessä on karkea arvio, joka perustuu aktiivisesti ammattia harjoittavien psykoterapeuttien arvioituun määrään kyselyhetkellä (3682), ja vastanneiden psykoterapeuttien keskimääräiseen, vuotuisen asiakasmäärään vuonna 2008 (18). Tätä määrää verrattiin muun muassa yli 30-vuotiaiden terveyttä koskeneen Mini-Suomi - tutkimuksen tuloksiin (Lehtinen ym. 1991), jossa keskusteluhoidon tarvetta ilmaisi 156 000 henkilöä, eli 3 % suomalaisista. Tutkijat tekivät johtopäätöksen, että psykoterapeutit pystyvät täyttämään alle puolet olemassa olevasta kysynnästä.

Valkosen ja kollegoiden tutkimuksessa (2011) Suomessa aktiivisesti ammatissa toimivien psykoterapeuttien määrä arvioitiin niiden kyselyyn osallistuneiden osuudesta, jotka ilmoittivat harjoittavansa ammattia aktiivisesti (75 %). Tämän luvun yleistäminen kyselyyn vastanneiden ulkopuolelle on kuitenkin ongelmallista, sillä on mahdollista, että vastaamatta jättäneiden keskuudessa aktiivisesti ammattia harjoittavien osuus on pienempi. Ikärakenteen muuttuessa osuus on voinut myös edelleen laskea.

Jos Valkosen ja kollegoiden tutkimuksessa saatua aktiivisesti toimivien psykoterapeuttien osuutta ja keskimääräistä asiakasmäärää kuitenkin sovelletaan vertailukohdan tuottamiseksi, niin syyskuussa 2019 Terhikki-rekisteriin kirjatusta psykoterapeuteista (8200) arviolta aktiivisesti toimivat psykoterapeutit (6150) pystyvät vastaamaan 111 000 asiakkaan psykoterapian tarpeeseen. Vaikka tämä luku on todennäköisesti todellista tarjontaa korkeampi, se jää silti alle itsearvioituun keskusteluhoidon tarpeeseen (Lehtinen ym. 1991) perustuvan arvion (3 %), joka olisi nykyisellä väestömäärällä 165 000 henkilöä.

Arvio kysynnästä on lisäksi muodostettu vain yli 30-vuotiaiden vastausten perusteella. Jos siis otetaan lisäksi huomioon Valkosen ym. (2011) tutkimuksessa vain 26-67 -vuotiaille palveluja tarjoavien terapeuttien määrä (78 %), niin arvio terapeuttien potentiaalisesta asiakasmäärästä supistuu edelleen 87 000 asiakkaaseen. On myös huomioitava, että Kelan kuntoutuspsykoterapiaa saaneiden määrän kasvu (Partio, 2019) viittaa kysynnän kasvuun, minkä vuoksi Mini-Suomi - tutkimukseen (Lehtinen ym. 1991) pohjautuva luku (3%) itsearvioidusta keskusteluhoidon tarpeesta voi olla liian konservatiivinen.

Psykoterapian tarpeen arvioinnin lähtökohtana voidaan kuitenkin käyttää myös hoitoon hakeutuvien määrää. On arvioitu, että työikäisistä suomalaisista noin 5 % hakee vuosittain terveydenhoitojärjestelmästä apua sellaiseen mielenterveyden ongelmaan, jonka hoitamisessa voidaan harkita psykoterapiaa (Lönngqvist & Marttunen, 2017). Koska psykoterapiaa ei pidetä välttämättömänä hoitomuotona mielenterveyden häiriöissä (kts. esim. Masennus: Käypä hoito -suositus, 2020), eikä se mahdollisesti edes sovellu kaikille potilaille (Lindfors, Laaksonen, & Knekt, 2016), niin näkyvä psykoterapian tarve aikuisväestössä voi myös osua lähelle Mini-Suomi - tutkimuksen pohjalta tehtyä arviota. Toisaalta on myös otettava huomioon, että varsinaisen psykoterapian lisäksi Suomessakin toteutetaan esimerkiksi lyhyempiä psykososiaalisia interventioita ja nettiterapiaa. Osalle keskusteluhoidon tarpeesta olevista tällainen hoito voi olla riittävää yksin tai yhdistettynä lääkehoitoon (kts. esim. Masennus: Käypä hoito -suositus, 2020).

Vaikka psykoterapeuttien kokonaismäärä riittäisi teoreettisesti vastaamaan varsinaisen psykoterapian tarpeeseen, niin on myös mahdollista, että resurssit eivät kohdennu tarpeeksi tasaisesti. Haasteita palvelutarjonnan riittävyyden arvioimiseen tuottavat esimerkiksi tarjonnan alueellinen vaihtelu (Valkonen ym. 2011) ja erot potilaiden maksukyvyssä. Valkosen ja kollegoiden tutkimuksessa (2011) havaittiin myös, että vastanneista psykoterapeuteista vain 9,2 % oli hoitanut vuoden aikana yli 67-vuotiaita, kun taas 26-67-vuotiaita oli hoitanut 78 %. Iäkkäiden potilaiden voi siis olla haastavampi löytää psykoterapeuttia, vaikkakin luvut heijastanevat myös vähäisempää, psykoterapiapalveluiden piiriin hakeutumisena näkyvää kysyntää.

Kaikki potilaat eivät myöskään hae, eikä heille suositella samoja psykoterapiamuotoja. Erot hoitomuotojen tarjonnassa on siis huomioitava. Yleisimmät terapiasuuntaukset Valkosen ja kollegoiden tutkimuksessa (2011) olivat perheterapia (36 %), psykodynaaminen terapia (31 %), psykoanalyttinen terapia (24 %) ja kognitiivinen psykoterapia (12 %). Psykoterapiasuuntausten epätasaisen jakauman perusteella on mahdollista, että potilaan hakema tai hänelle suositeltu terapiasuuntaus vaikuttaa siihen, kuinka nopeasti sopiva psykoterapeutti löytyy.

Jotta psykoterapiapalveluiden järjestämiselle voitaisiin asettaa mahdollisimman realistisia tavoitteita, tarvittaisiin tuoreempaa tietoa aktiivisesti ammatissa toimivien psykoterapeuttien määrästä, ja heidän mahdollisuuksistaan hoitaa eri häiriöstä kärsiviä ja eri ikäisiä potilaita. Perusteelliset tavoitteet vaativat myös tuoretta tietoa psykoterapiatarjonnan alueellisesta jakaumasta ja potilaiden maksukyvyn ja psykoterapiapalveluiden kohtaamisesta. Tarvetta arvioitaessa tulisi lisäksi ottaa huomioon eri potilasryhmissä niiden potilaiden arvioitu osuus, joille psykoterapia ei ole välttämätön tai soveltuva hoitovaihtoehto.

Kaiken kaikkiaan tällä hetkellä vaikuttaa kuitenkin ilmeiseltä, että kysyntä ja tarjonta eivät kohtaa optimaalisesti, mikä heijastuu luonnollisesti myös vapaan psykoterapeutin löytämiseen ja siten odotusaikoihin. Oma kysymyksensä on, millä tavalla tarjontaa pitäisi kehittää. On perusteltua pohtia, puuttuuko Suomesta erityisesti psykoterapeutteja kevyemmin näyttöön pohjautuviin interventioihin koulutettuja mielenterveysalan ammattilaisia.

1.3.4 Psykoterapeutin hakuprosessiin vaikuttavat tekijät

Riittämättömän palvelutarjonnan lisäksi hoitoonpääsyä voi hidastaa myös psykoterapeutin etsimiseen liittyvät tekijät. Hakuprosessissa tarvitaan tietoa muun muassa hakukanavista,

terapiasuuntauksesta ja työskentelytyyleistä. Hoidon aloittaminen vaatii myös usein erilaisia käytännön järjestelyitä, kuten aikataulujen sovittamista. Soveltuvan psykoterapeutin löytäminen voi olla potilaan näkökulmasta hyvin haastavaa, ja riittävän ohjauksen puute prosessin aikana saattaa johtaa hoitoonpääsyn pitkittymiseen.

Psykoterapiapalveluiden tilaa kartoittaneeseen tutkimukseen (Valkonen ym. 2011) osallistuneista vain alle kolmasosa arvioi asiakkaidensa saaneen riittävää ohjausta psykoterapeutin etsinnässä. Tilanne ei myöskään vaikuta parantuneen Kelan palveluntuottajille ja psykoterapeuttihakupalvelun asiakkaille suunnatun kyselyn (Service & Valvanne 2019) perusteella; vain 21 % psykoterapeuteista arvioi asiakkaidensa saaneen riittävää hoitoonohjausta. Tässä yhteiskunnallisen yrityksen tuottamassa selvityksessä kyselyä ei lähetetty kaikille, joilla on psykoterapeutinimikkeen käyttöoikeus. Se antaa silti osaltaan viitteitä ongelmallisesta tilanteesta.

On myös mahdollista, että tietyt potilaan ominaisuudet, hänen tilanteensa ja palvelujärjestelmän kyky vastata erilaisten potilaiden tarpeisiin vaikuttavat hakuprosessin sujuvuuteen. Esimerkiksi osalla miehistä tapa hahmottaa psyykkisiä ongelmia voi olla erilainen, ja kynnys puhua psykososiaalisista ongelmista suurempi kuin naisilla (Melartin, Kuosmanen, Riihimäki, 2010). On siis perusteltua kysyä, voiko myös jo mielenterveyspalveluiden piirissä olevilla miehillä olla sellaisia psykoterapeuttiin ja työskentelytyyleihin kohdistuvien odotuksia, jotka hankaloittavat psykoterapeutin etsintää ja hoidon aloittamista.

Lisäksi on mahdollista, että potilaan psyykkisten oireiden laatu vaikuttaa hoitoonpääsyn keston. Esimerkiksi masennukselle tyypillinen voimavarojen heikkeneminen, poikkeuksellinen väsymys ja päättämättömyys (WHO, 1992) saattavat johtaa haasteisiin psykoterapeutin etsinnässä. On myös mahdollista, että psykiatrisesta häiriöstä riippumatta vakavammasta ja laajemmasta oirekuvasta kärsivät kokevat hakuprosessin raskaammaksi. Osalle psykoterapeuteista oirekuva ja asetetut diagnoosit saattavat myös olla kriteerinä päätettäessä hoitosuhteen aloittamisesta. Potilaaseen liittyvistä, hakuprosessia hidastavista tekijöistä ei kuitenkaan ole tiettävästi aiempaa tutkimusta.

1.3.5 Psykoterapiapalvelut Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) järjestetään psykoterapioita sekä sisäisesti että ostopalveluna. Sisäiset psykoterapiat ovat lähtökohtaisesti lyhyitä, mutta

ostopalvelupsykoterapioita voidaan myöntää sekä lyhyinä että pitkinä riippuen potilaan tilanteesta. Sisäiseen psykoterapiaan ohjataan pääasiassa sellaisia erikoissairaanhoidon potilaita, joiden voidaan olettaa hyötyvän psykoterapiasta, mutta joiden katsotaan vaativan enemmän tukea ja nopeampaa hoidon aloitusta.

Ostopalvelupsykoterapioita myönnetään erikoissairaanhoidon potilaiden lisäksi perusterveydenhuollon asiakkaille. Näin ollen psykoterapiaan ohjaamisen käytännöt, ja siten odotusajat voivat vaihdella paitsi erikoissairaanhoidon sisällä, myös laajemmin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Potilaalle myönnettäviä psykoterapiasuuntauksia voidaan myös rajata hoidettavaa häiriötä koskevien hoitosuositusten perusteella. Esimerkiksi pakko-oireiseen häiriöön myönnetään vain altistusmenetelmää hyödyntäviä psykoterapiamuotoja, ja psykoosioireiselle potilaalle ei myönnetä psykodynaamista psykoterapiaa. On siis mahdollista, että niistä häiriöistä kärsivillä, joilla myönnettäviä hoitomuotoja on rajattu, kestää kauemmin päästä hoitoon.

Kaikki HUSin ostopalvelupsykoterapiat kirjataan osana potilastietojärjestelmää toimivaan psykoterapian laaturekisteriin, jonka rakenne on kehitetty yhteistyössä muiden yliopistosairaanhoitopiirien kanssa (kts. esim. Sailas, Heimola & Stenberg). Kehitystyön taustalla on valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (A 582/2017), joka velvoittaa yliopistosairaanhoitopiirit huolehtimaan psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien arvioinnista. Sairaanhoitopiirikohtaisia rekistereitä käytetään tai ollaan ottamassa käyttöön parhaillaan myös muissa sairaanhoitopiireissä. Järjestelmän avulla voidaan seurata monipuolisesti psykoterapioiden toteutusta ja tuloksellisuutta hyödyntäen sekä psykoterapeuttien että potilaiden arvioita. Rekisteriin kirjataan myös hakuprosessin etenemiseen liittyvää tietoa, kuten lähetteen ja psykoterapian alkamisen päivämäärät.

1.4 Tutkimuksen lähtökohdat ja tavoitteet

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan, kuinka kauan lähetteen ja psykoterapian aloittamisen välillä tyypillisesti kuluu aikaa, ja mitkä tekijät vaikuttavat odotusajan keston. Koska HUSin ostopalvelupsykoterapioista pitkät ja lyhyet psykoterapiat muodostavat omat, toisistaan poikkeavat palvelukokonaisuutensa, niiden samanaikainen tarkastelu yhdessä tutkimuksessa olisi haastavaa. Näin ollen päätettiin keskittyä lyhyisiin ostopalvelupsykoterapioihin.

Psykoterapian laaturekisteri on otettu käyttöön tutkimusaikavälin alkaessa, mikä on vaatinut uusien käytäntöjen luomista myös ostopalveluiden järjestämistä koskien. Koska kyseisten käytäntöjen oletettiin hakeneen vielä muotoaan tutkimusaikavälillä, päätettiin tarkastella, onko hoitoonpääsyn kesto muuttunut ajan kuluessa. Tutkimusaikavälin alusta lähetteeseen kuluneen ajan lisäksi haluttiin myös selvittää, mitkä muut tekijät voivat selittää hoitoonpääsyn kestoa. Tutkimuksessa voitiin hyödyntää vain laaturekisteristä saatavaa tietoa, mikä asetti reunaehdot näiden muuttujien valinnalle.

Muuttujat valittiin aiempana esiteltyjen tutkimustulosten ja teoreettisen pohdinnan perusteella. Psykoterapiapalveluiden tarjontaa koskeviin tutkimustuloksiin (Valkonen ym. 2011) nojaten päätettiin tarkastella, onko iällä tai haetulla psykoterapiamuodolla vaikutusta hoitoonpääsyn keston. Psykoterapeutin etsintää koskevan pohdinnan perusteella tarkasteluun valittiin myös sukupuoli ja hoidettava psykiatrinen häiriö. Psykiatrisen häiriön vaikutuksen tutkimista pidettiin tärkeänä myös myönnettävien ostopalvelopsykoterapioiden suuntausta koskevien diagnoosikohtaisten rajoitusten vuoksi. Koska odotusajalta ei ollut käytettävissä tarkempaa tietoa potilaan oirekuvan vakavuudesta, päätettiin sen sijaan tarkastella, voiko psykiatrisesta oheissairastavuudesta kärsivien hoitoonpääsy erota muista potilaista. Lisäksi haluttiin selvittää, eroavatko odotusajat psykoterapiaan lähettävien tahojen välillä.

2. Tutkimuskysymykset

Tutkimuksen eksploratiivisen luonteen vuoksi tarkempia hypoteeseja ei asetettu. Keskeisiä tutkimuskysymyksiä on kolme:

- 1. Miten hoitoa odottavien osuus psykoterapiaan lähetteen saaneista potilaista muuttuu odotusajan kasvaessa?*
- 2. Onko odotusaikojen pituudessa tapahtunut muutosta tarkasteluaikavälillä?*
- 3. Selittääkö potilaan ikä, sukupuoli, hoidettava psykiatrinen häiriö, psykiatrinen oheissairastavuus, terapiasuuntaus tai lähettävä taho hoitoonpääsyn kestoa?*

3. Menetelmät

3.1 Otos

Tutkimuksen otos koostuu 819 yli 16-vuotiaasta potilaasta (keski-ikä 37 v), jotka ovat saaneet lähetteen HUSin lyhyen ostopalvelupsykoterapiaan vajaan 13 kuukauden tutkimusaikavälillä (12.09.2018-07.10.2019). Heistä naisia on 77 % ja miehiä 23 %. Potilaita on 34 kunnasta, ja valtaosa on kotoisin pääkaupunkiseudulta. Alkuperäinen aineisto (n = 1025) koostui kaikista tutkimusaikavälillä HUSin lyhytpsykoterapiaan lähetetyistä potilaista, ja vain kolme lähetetyistä potilaista oli keskeyttänyt hakuprosessin odotusajalla. Tutkimuksen otoksesta jouduttiin kuitenkin jättämään pois 206 potilasta, joiden odotusaikaa ei voida laskea puutteellisten kirjausten takia.

Kaikki otoksesta poistetut potilaat olivat päässeet tutkimusaikavälillä hoitoon. Vertailtaessa näitä potilaita tutkimuksen otokseen havaittiin, että potilaat poikkeavat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi kaikilta muilta, paitsi sukupuolen jakauman osalta. Iän, psykiatrisen oheissairastavuuden ja hoidettavan psykiatrisen häiriön osalta erot olivat kuitenkin pieniä. Sen sijaan määritelty terapiasuuntaus puuttuu odotetusti selvästi suuremmalta osalta tutkimuksen otoksesta, koska tutkimuksessa on mukana kaikki yhä psykoterapiaa odottavat potilaat; valtaosalle potilaista ei määritellä tiettyä terapiasuuntausta ennen psykoterapeutin löytymistä. Tutkimuksen otoksesta poistetuista enemmistö on myös saanut lähetteen tutkimusaikavälin alkuvaiheilla, ja suurin osa on lähetetty erikoissairaanhoidosta. Otosten tarkempi vertailu on kuvattu liitteessä.

3.2 Aineiston keruu

Tutkimus toteutettiin rekisteritutkimuksena, jonka aineisto on kokonaan peräisin HUS psykiatrian laaturekisteristä. HUSissa lyhytpsykoterapian hakuprosessi alkaa siitä, kun erikoissairaanhoidosta tai perusterveydenhuollosta lähetetään hakemus ostopalvelupsykoterapiaan.

Erikoissairaanhoidosta lähetetty potilas kirjataan laaturekisteriin, kun terapiahakemus on laadittu. Lähettävän tahon suosittelija antaa ehdollisen hyväksyntänsä terapiahakemukselle, jolloin potilas voi aloittaa psykoterapeutin etsinnän. Perusterveydenhuollosta lähetettyjen potilaiden kohdalla erikoissairaanhoidon konsultti käsittelee hakemuksen ja kirjaa potilaan laaturekisteriin, mikäli päättyy myönteiseen suositukseen. Positiivisen terapiasuosituksen saatuaan potilaat ohjataan HUSin sähköiseen terapeuttihakupalveluun, ja työntekijä tukee mahdollisuuksien mukaan potilasta

psykoterapeutin etsinnässä. Psykoterapeutin löydyttyä tarkistetaan, että terapeutti edustaa suositeltua psykoterapiasuuntausta ja täyttää muut palveluntuottajalta edellytetyt kriteerit. Sen jälkeen myönnetään maksusitoumus, joka on lopullinen psykoterapian myöntöpäätös. Psykoterapian alkuvaiheilla psykoterapeutti ja potilas täyttävät sähköiset seurantalomakkeet psykoterapian laaturekisteriin.

3.3 Muuttujat

Odotusaika. Odotusaika (hoitoonpääsyn kesto) on tutkimuksen vastemuuttuja. Se määritellään tässä tutkimuksessa alkavaksi siitä, kun potilas kirjataan laaturekisteriin (psykoterapialähetteen ajankohta), ja päättyvän siihen päivämäärään, jonka terapeutti on ilmoittanut terapian alkamisen ajankohdaksi. Aika on mitattu kuukausina.

Aika tutkimusaikavälin alusta. Mahdollisia muutoksia psykoterapiaan pääsyssä tarkasteluaikavälillä tutkittiin ottamalla analyysiin mukaan tutkimusaikavälin alusta kulunut aika. Muuttuja määritellään tutkimusaikavälin alkamisen ja potilaan laaturekisteriin kirjaamisen välillä kuluneeksi ajaksi, ja se on mitattu kuukausina.

Hoidettava psykiatrinen häiriö. Otos kattoi diagnooseja lähes kaikista ICD-10 -järjestelmän pääluokan F alaluokista, mutta luokkakoot poikkesivat huomattavasti toisistaan. Diagnoosit jaoteltiin havaintomäärät huomioiden masennustiloihin (F32), toistuvaan masennukseen ja pitkäaikaisiin mielialahäiriöihin (F33-34), fobioihin ja muihin ahdistuneisuushäiriöihin (F40-41) ja reaktioon vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöihin (F43). Lisäksi päätettiin erotella diagnoosit, joiden kohdalla myönnettäviä terapiamuotoja on rajattu. Näistä muodostettiin suhteellisen pienien havaintomäärien vuoksi oma luokkansa. Hoitomuodoiltaan rajoitettuja diagnooseja ovat skitsofreniaryhmän sairaudet (F20–F29), kaksisuuntainen mielialahäiriö (F31), pakko-oireinen häiriö (F42) ja persoonallisuushäiriöt (F60–F69). Loput diagnoosit yhdistettiin vähäisten havaintomäärien vuoksi luokkaan ”Muu diagnoosi”.

Psykiatrinen oheissairastavuus. Analyysiin sisällytettävien muuttujien ja niiden tasojen määrän rajoittamiseksi potilaat luokiteltiin oheissairastavuuden osalta dikotomisesti niihin, joille on hoidettavan psykiatrisen häiriön lisäksi ilmoitettu rekisteriin sivudiagnoosi, ja niihin, joille ei ole.

Terapiasuuntaus. Terapiasuuntaus luokiteltiin ratkaisukeskeiseen, kognitiiviseen, psykodynaamiseen, kognitiivis-käyttäytymisterapeuttiseen, integratiiviseen ja kognitiivis-analyttiseen terapiaan. Lopuista terapiamuodoista oli vain muutamia havaintoja, joten varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapia, traumapsykoterapia, interpersoonallinen psykoterapia ja pariterapia yhdistettiin luokan ”Muu terapiasuuntaus” alle.

Lähetävä taho. Koska terveydenhuollon yksiköiden määrä suhteessa havaintoihin oli suuri, eroja odotusajassa päätettiin tarkastella vain erikoissairaanhoidosta ja perusterveydenhuollosta lähetettyjen potilaiden välillä.

Demografiset muuttujat. Sukupuoli luokiteltiin kaksiluokkaisena (miehet/naiset). Ikä on jatkuva muuttuja, joka on mitattu vuosina.

3.4 Tilastolliset analyysit

Tutkimuskysymysten tarkastelussa käytettiin elinaika-analyysin (*survival analysis*) menetelmiä, jotka soveltuvat tietyn alkupisteen ja kiinnostuksen kohteena olevan tapahtuman välillä kuluneen ajan mallintamiseen. Näissä menetelmissä pystytään huomioimaan se, että tutkimusajan päättyessä kaikki osallistujat eivät tyypillisesti ole vielä kohdanneet tapahtumaa, jolloin todellinen aikaväli ei ole tiedossa. Analyysit toteutettiin r-ohjelmiston versiolla 3.5.1 (R Core Team, 2018) hyödyntäen Survival-pakettia (v3.-12, Therneau, 2020).

Odotusaikojen pituutta koko aineistossa tarkasteltiin ensin Kaplan-Meier -menetelmällä (Kaplan & Meier, 1958). Tutkimusjakson päättyessä yhä terapiaa odottavien potilaiden odotusaika sensuroitiin, eli heidän odotusaikansa sisältyy analyysiin, mutta tietoa terapiaan pääsystä ei voida hyödyntää. Menetelmässä muodostetaan selviytymisfunktio $S(t)$, eli tässä tapauksessa todennäköisyys sille, että yksilö odottaa psykoterapiaan pääsyä ajankohtaa t pidempään (kaava 1). Todennäköisyys estimoidaan juuri ennen ajankohtaa t psykoterapiaan pääsevien ja hoitoa odottavien määrän, ja aiempaa hoitoonpääsyn ajankohtaa koskevan todennäköisyyden perusteella. Tuloksena on porrasfunktio, jonka arvo muuttuu vain hoitoonpääsyn ajankohtina. Kaplan-Meier -käyrää voidaan siis tässä tapauksessa tulkita psykoterapiaa odottavien arvioituna osuutena odotusajan eri kohdissa.

$$S(t) = \prod_{i: t_i \leq t} (1 - \frac{d_i}{n_i}), \text{ jossa} \quad (1)$$

t_i = ajankohta, jolloin vähintään yksi henkilö on päässyt psykoterapiaan

d_i = psykoterapiaan pääsevien määrä ajankohtana t_i

n_i = psykoterapiaa odottavien määrä (eli potilas ei ole päässyt terapiaan tai sensuroitu) ajankohtana t_i

Riippumattomien muuttujien yhteyttä odotusaikaan tarkasteltiin Coxin regressiolla (Cox, 1972), joka on kuvattu kaavassa 2. Regressiomalli voidaan esittää muodossa, jossa yhtälön vasemmalla puolella on suhteellinen riskitiheys, ja oikealla puolella riippumattomien muuttujien lineaarikombinaatiota koskeva eksponenttifunktio:

$$\frac{h(t; x_i)}{h_0(t)} = \exp(\beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 \dots \beta_i x_i). \quad (2)$$

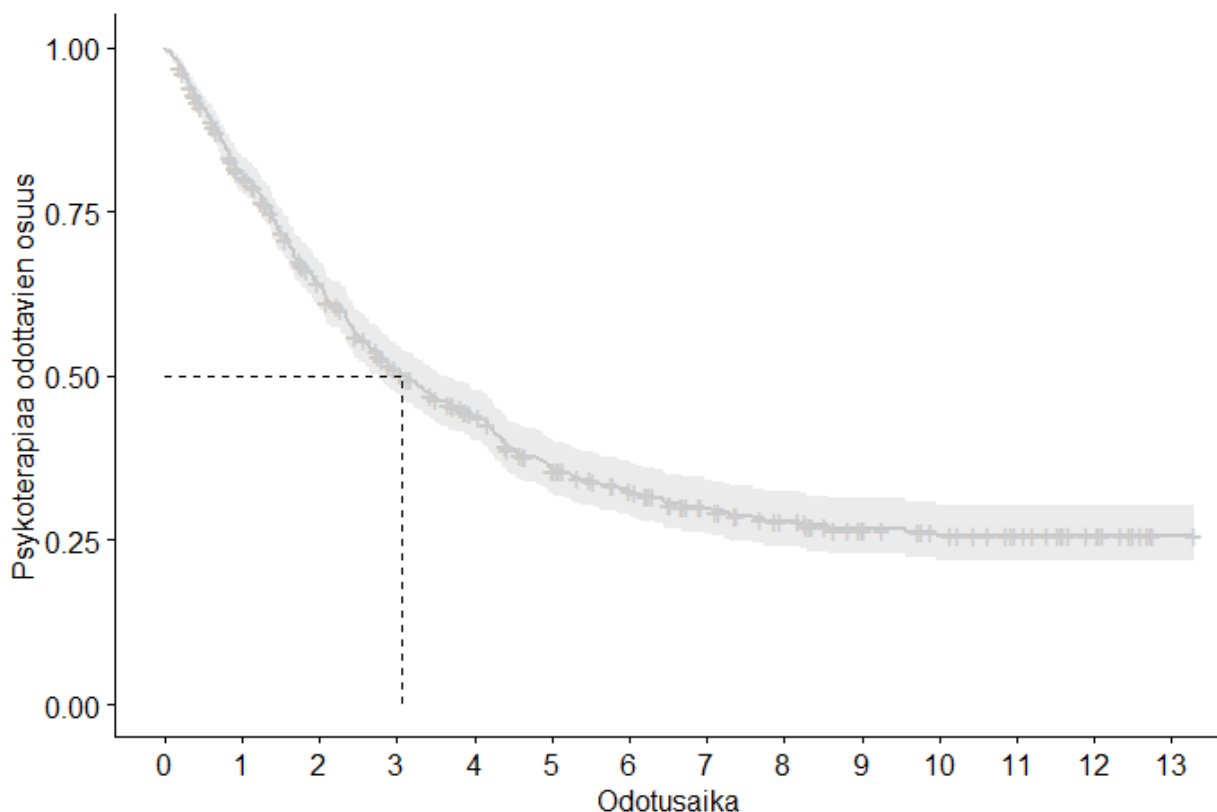
Riskitiheys $h(t; x_i)$ voidaan määritellä tässä yhteydessä välittömäksi hoitoonpääsyn tahdiksi hoitoa odottavien keskuudessa ajankohtana t . Riskitiheyttä määrittelee Coxin mallissa riippumattomat muuttujat ja perustason riskitiheysfunktio $h_0(t)$, jossa kaikkien riippumattomien muuttujien arvo on nolla. Suhteellisessa riskitiheydessä on näin ollen yksinkertaistaen kyse todennäköisyydestä päästä terapiaan suhteessa yksilöön, jolla riippumattomien muuttujien arvo on nolla. Yksittäistä regressiokerrointa koskeva eksponenttifunktio $\exp(\beta)$ puolestaan kertoo luvun, jonka kertaiseksi suhteellinen riskitiheys muuttuu riippumattoman muuttujan arvon kasvaessa yhdellä: ykköistä pienemmät arvot kertovat suhteellisesti hitaammasta hoitoonpääsystä ja suuremmat nopeammasta. Luokitteluasteikollisen muuttujan kohdalla sitä voi tulkita hoitoonpääsyn suhteelliseksi tahdiksi suhteessa referenssiluokkaan. Luku on näin ollen muuttujaa koskeva suhteellinen riskitiheys, jota merkitään tuloksissa vakiintuneella lyhenteellä HR (*hazard ratio*).

4. Tulokset

4.1 Hoitoonpääsy odotusajan kasvaessa

Tarkasteluaikavälin päättyessä 444 potilasta (54 %) oli aloittanut psykoterapian, ja 375 (46 %) odotti yhä hoidon alkamista. Terapiaan pääsyn todennäköisyyttä odotusajan kasvaessa tarkasteltiin ensin Kaplan-Meyer-menetelmällä. Analyysin perusteella hoitoa odottaa kuukauden jälkeen positiivisesta psykoterapiapäätöksestä arviolta 81 % potilaista, ja kahden kuukauden jälkeen 64 %. Odotusajan mediaani taas saavutetaan arviolta hieman yli kolmen kuukauden jälkeen (3,07).

Aineiston viimeinen havaittu odotusaika on noin kymmenen kuukautta (9,97), eli sen jälkeen selviytymisfunktion arvo ei enää muutu. Estimaatti sitä pidempään odottaville potilaille on 26 %. Kuvassa 1 on havainnollistettu psykoterapiaa odottavien arvioitua osuutta odotusajan kasvaessa.

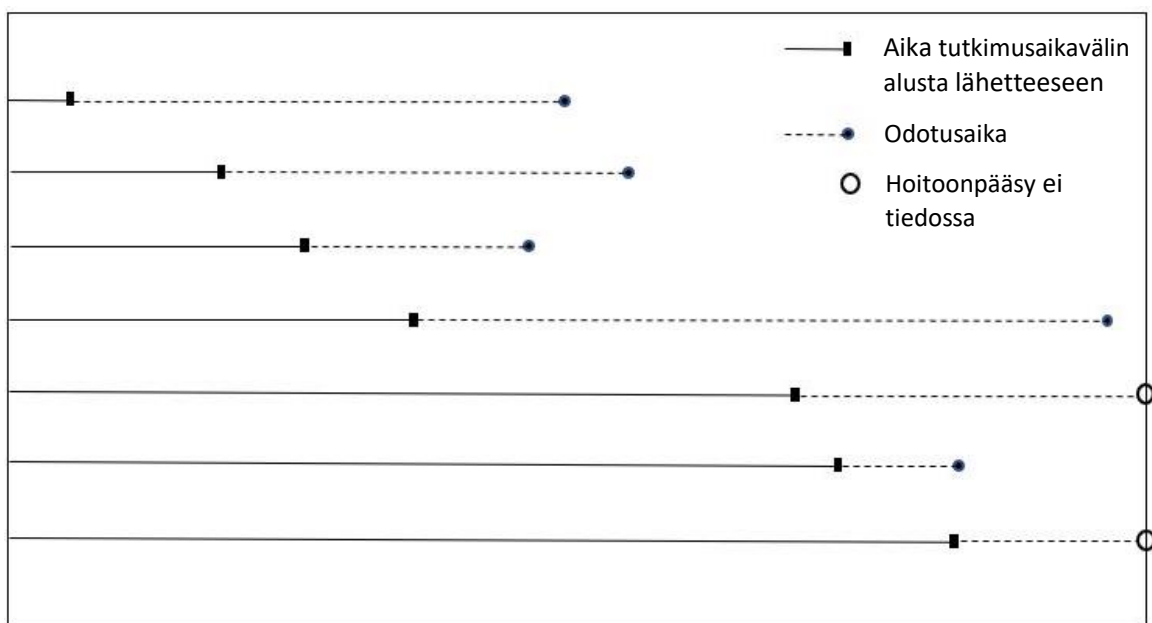


Kuva 1. Kaplan-Meyer -käyrä psykoterapiaa odottavien osuudelle odotusajan (kk) eri pisteissä. Pystyviivat kuvaavat odotusajankohtia, joissa on sensuroituja potilaita, ja harmaa alue 95 % luottamusväliä psykoterapiaa odottavien osuudelle. Hoitoon pääsyn mediaani on merkitty katkoviivalla.

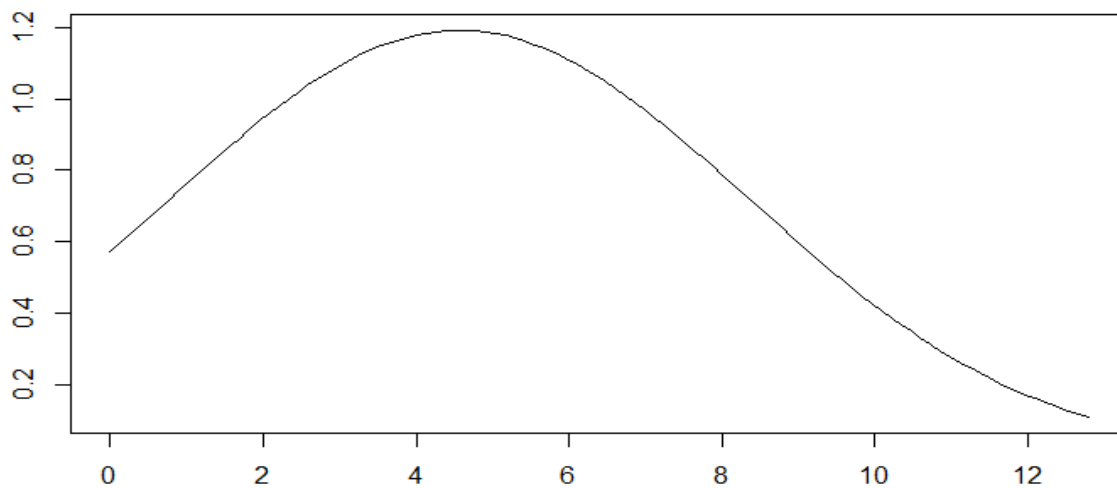
4.2 Psykoterapialähetteen ajankohdan yhteys odotusaikaan

Odotusaikojen muuttumista tutkimusaikavälillä tarkasteltiin Coxin regressiolla käyttäen selittävänä muuttujana tutkimusaikavälin alusta psykoterapialähetteen kulunutta aikaa. Koska tutkimusaikaväli on rajattu, hoitoonpääsyn kesto on näennäisesti riippuvainen tutkimusaikavälin alusta kuluneesta ajasta; tutkimusaikavälin loppupuolella lähetettyjen potilaiden kohdalla ei voida havaita pitkiä odotusaikoja. Tätä suhdetta on havainnollistettu kuvassa 2.

Tutkimusaikavälin alusta kuluneen ajan ja odotusajan hajontakuviota tarkasteltaessa havaittiin kuitenkin, että näiden kahden aikamuuttujan välillä voi olla näennäisestä yhteydestä riippumaton toisen asteen yhteys. Ilmiötä tutkittiin tarkemmin lisäämällä regressiomalliin standardoidut ensimmäisen ja toisen asteen termit. Tulokset tukivat oletusta: sekä ensimmäisen ($HR = 0.78$, $p < .001$) että toisen asteen termi $HR = 0.60$, $p < .001$) olivat tilastollisesti merkitseviä. Yhteys käyttäytyy mallin perusteella siten, että hoitoonpääsyn tahti on ensin nopeutunut, ja alkanut sitten hidastua noin viisi kuukautta tutkimusaikavälin alusta. Yhteyttä on visualisoitu kuvassa 3.



Kuva 2. Odotusajan ja tutkimusaikavälin alusta kuluneen ajan suhde. X-akselilla on tutkimusaikaväli, ja Y-akselin janat kuvaavat hypoteettisia potilaita.



Kuva 3. Tutkimusaikavälin alusta kuluneen ajan vaikutus psykoterapiaan pääsyn kestoon. Y-akselilla on suhteellinen riskitiheys (HR) ja X-akselilla tutkimusaikavälin alusta kulunut aika kuukausina.

4.3 Muiden riippumattomien muuttujien yhteydet odotusaikaan

Hoitoonpääsyn kestoa tarkasteltiin ensin kunkin muuttujan kohdalla erikseen. Koska suurimmalta osalta hoitoonpääsyä tutkimusaikavälin päättyessä yhä odottavilta potilailta puuttuu merkintä haetusta terapiasuuntauksesta, kyseisen muuttujan vaikutusta voitiin tarkastella lähinnä päättäneiden odotusaikojen osalta. Tarkasteltavien muuttujien jakaumat on kuvattu taulukossa 1 ja yhteydet hoitoonpääsyn kestoon taulukossa 2.

Lähtevän yksikön osalta havaittiin, että perusterveydenhuollosta lähetettyjen potilaiden odotusaika oli mallin perusteella keskimäärin pidempi kuin erikoissairaanhoidosta lähetettyjen. Myös oheissairaudesta kärsivät potilaat odottavat hoitoa pidempään. Sen sijaan hoidettava psykiatrinen häiriö, terapiasuuntaus, ikä, ja sukupuoli eivät olleet yhteydessä odotusaikaan. Potilaat ryhmiteltiin päädiagnoosin perusteella vielä niihin, joilla myönnettäviä terapiasuuntauksia on rajoitettu, ja niihin, jotka voivat hakea kaikkia määriteltyjä terapiasuuntauksia. Näidenkään ryhmien välillä ei kuitenkaan ollut eroa odotusajassa ($HR = 1.12$, $p = .62$).

Seuraavaksi tarkasteltiin muuttujien itsenäistä yhteyttä hoitoonpääsyyn muodostamalla useamman selittäjän mallit, jotka on kuvattu taulukossa 2. Malliin 1 sijoitettiin yksittäisten muuttujien yhteyksien p-arvojen ja suhteellisen riskitiheyden (HR) koon perusteella aika tutkimusaikavälin alusta, lähtevä taho ja psykiatrinen oheissairastavuus. Mallissa 1 lähtevän tahon vaikutus on pienempi kuin tilanteessa, jossa muita muuttujia ei ole kontrolloitu. Se ei myöskään ole tilastollisesti merkitsevä. Tutkittaessa muiden muuttujien kontrolloinnin vaikutusta

havaittiin, että jos tutkimusaikavälin alusta kulunutta aikaa ei huomioida, niin lähettävän yksikön vaikutus säilyy tilastollisesti merkitsevässä mallissa, jossa on mukana oheissairastavuus (Malli 2).

Tarkasteltaessa lisäksi tutkimusaikavälin alusta kulunutta aikaa lähettävän tahon mukaan havaittiin, että perusterveydenhuollosta on alettu lähettää keskimäärin selvästi myöhemmin potilaita ($ka = 8.12$) kuin erikoissairaanhoidosta ($ka = 5.59$) [$t(793) = 9.94$, $p < .001$]. Koska tutkimusaikavälin vaikutusta tarkasteltaessa hoitopääsyn havaittiin hidastuneen ajan kuluessa, perusterveydenhuollon pidemmät odotusajat vaikuttavat tämän perusteella selittyvän osin sillä, että potilaita on lähetetty keskimäärin myöhemmin kuin erikoissairaanhoidosta.

Taulukko 1.

Riippumattomien muuttujien jakaumat.

Koko aineisto n = 819	
Muuttujat	n (%) tai ka (kh)
Ikä (n = 817)	37 (14.07)
Sukupuoli (n = 817)	
Mies	185 (22.64)
Nainen	632 (77.36)
Hoidettava psykiatrinen häiriö (n = 819)	
F32	259 (31.62)
F33-34	121 (14.77)
F40-41	271 (33.01)
F43	92 (11.23)
Muu dg	37 (4.52)
Rajattu	39 (4.76)
Oheissairastavuus (n = 819)	
Määritelty sivudiagnoosi	189 (23.10)
Ei sivudiagnoosia	630 (76.92)
Terapiasuuntaus (n = 483)	
Integratiivinen	44 (9.11)
Kognitiivis-analyttinen	41 (8.49)
Kognitiivinen käyttäytymisterapia	52 (10.77)
Kognitiivinen terapia	124 (25.67)
Psykodynaaminen	59 (12.21)
Ratkaisukeskeinen	144 (29.81)
Muu	19 (3.93)
Lähettävä taho (n = 814)	
Perusterveydenhuolto	381 (46.80)
Erikoissairaanhoido	432 (53.20)

F32 = masennustila, F33-34 = toistuva masennus ja pitkäaikainen mielialahäiriö, F40-41 = fobiat ja muut ahdistuneisuushäiriöt, F43 = Reaktiot vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt, Muu dg = Muu diagnoosi, Rajattu = diagnoosit, joiden hoitoon myönnettäviä psykoterapiamuotoja on rajattu.

Taulukko 2

Coxin regressiomallit yhden ja useamman selittäjän yhteyksistä odotusaikaan.

	Yhden selittäjän mallit		Useamman selittäjän Malli 1		Useamman selittäjän Malli 2	
	HR (95 % lv)	p	HR (95 % lv)	p	HR (95 % lv)	p
ATA	0.78 (0.70-0.87)	< .001	0.55 (0.47-0.66)	< .001		
ATA ²	0.60 (0.51-0.70)	< .001	0.59 (0.51-0.70)	< .001		
Lähettiläjä: pth	0.69 (0.57-0.84)	< .001	0.84 (0.69-1.03)	.09	0.66 (0.54-0.81)	< .001
Oheissairastavuus	0.77 (0.61-0.96)	.02	0.71 (0.56-0.89)	< .01	0.71 (0.56-0.89)	< .01
Sukupuoli: mies	1.02 (0.82-1.28)	.83				
Ikä	1.01 (1.00-1.01)	.07				
Diagnoosiryhmä ^a						
F33-34	0.95 (0.80-1.40)	.72				
F40-41	1.03 (0.77-1.23)	.82				
F43	1.06 (0.69-1.30)	.73				
Muu dg	1.15 (0.51-1.48)	.60				
Rajattu	1.13 (0.56-1.40)	.60				
Terapiasuuntaus ^b						
KAT	0.93 (0.59-1.46)	.74				
KKT	0.85 (0.55-1.31)	.46				
KT	0.88 (0.61-1.27)	.50				
PDT	1.05 (0.70-1.59)	.96				
RKT	1.07 (0.75-1.54)	.80				
Muu	0.98 (0.55-0.76)	.68				

ATA = aika tutkimusajavälillä alusta, pth = perusterveydenhuolto, F32 = masennustila, F33-34 = toistuva masennus ja pitkäaikainen mielialahäiriö, F40-41 = fobiat ja muut ahdistuneisuushäiriöt, F43 = Reaktiot vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt, Muu dg = Muu diagnoosi, Rajattu = diagnoosit, joiden hoitoon myönnettäviä psykoterapiamuotoja on rajattu. KAT = kognitiivis-analyttinen terapia, KKT = kognitiivinen käyttäytymisterapia, KT = kognitiivinen terapia, PDT = psykodynaaminen terapia, RKT = ratkaisukeskeinen terapia, Muu = muu terapiasuuntaus, HR = Hazard ratio (suhteellinen riskitehys), lv = luottamusväli.

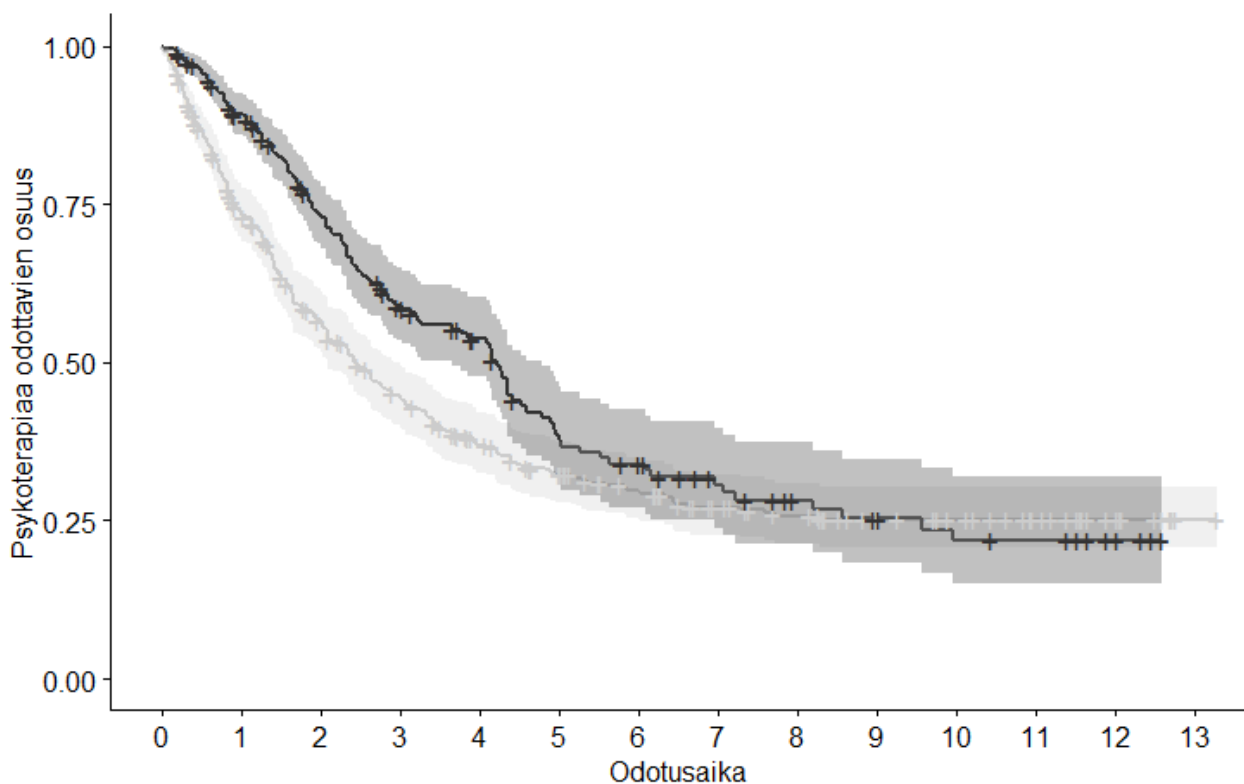
^a Referenssinä F32.

^b Referenssinä integratiivinen terapia.

Perusteellisen kuvan muodostamiseksi haluttiin vielä tutkia, voiko jonkun muuttujan vaikutus peittyä siitä syystä, että Coxin regressiossa estimoitava suhteellinen riskitehys (HR) kertoo keskiarvoisesta vaikutuksesta hoitopääsyn tahtiin. Jos muuttujan vaikutus ei riipu odotusajan pituudesta, niin mallin keskeinen oletus täyttyy, ja laskettu suhteellinen riskitehys (HR) kuvaa muuttujan vaikutusta hyvin. Oletuksen täyttymistä tutkittiin ensin Kaplan-Meier -käyrien ja skaalattujen Schoenfeldin residuaalien graafisella tarkastelulla.

Tarkastelun perusteella lähettävän yksikön vaikutus näytti riippuvan selkeästi odotusajasta, mikä ei pitänyt paikkaansa muiden muuttujien kohdalla. Oletusta testattiin myös Schoenfeldin residuaaleihin perustuvan formaalilla testillä (Grambsch & Therneau, 1994), jonka tulos tuki oletusta ($p < .001$). Koska lähettävän yksikön yhteys odotusaikaan oli selkeimmin havaittavissa, ja kyseisen muuttujan rooli oli aiemmissakin malleissa merkittävä, päätettiin aikariippuvuutta mallintaa vain lähettävän yksikön osalta.

Tarkastelu tehtiin muodostamalla Malli 3 (taulukko 3), jossa Malliin 1 (taulukko 2) on lisätty lähettävän yksikön aikariippuvainen termi. Tätä termiä määrittelee lähettävän yksikön ja odotusajan logaritmin interaktio. Mallin perusteella oletus lähettävän yksikön aikariippuvuudesta sopii aineistoon; lähettävän tahon vaikutus on tilastollisesti merkitsevä, ja suhteellinen riskitiheys muuttuu odotusajan pitkeytyessä siten, että yhä hoitoa odottavien keskuudessa perusterveydenhuollosta lähetettyjen potilaiden hoitoonpääsyn tahti kiihtyy. Tämä näkyy Kaplan-Meier -käyrässä siten (kuva 4), että noin neljän kuukauden jälkeen arvioitu psykoterapiaa odottavien osuus laskee jyrkästi.



Kuva 4. Kaplan-Meier -käyrät erikoissairaanhoidon (harmaa) ja perusterveydenhuollon (musta) potilaille. Ympärillä 95 % luottamusvälit.

Lopuksi haluttiin tarkastella vielä tutkimusaikavälin alusta kuluneen ajan vaikutusta lähettävän yksikön ja hoitoonpääsyn tahdin yhteyteen mallissa, jossa on huomioitu lähettävän yksikön vaikutuksen riippuvuus odotusajan pituudesta. Näin ollen mallissa 4 (taulukko 3) selittävistä tekijöistä jätettiin pois tutkimusaikavälin alusta kulunut aika, jolloin lähettävän yksikön vaikutus kasvoi hieman verrattuna Malliin 3. Tulokset viittaavat siihen, että vaikka hoitoonpääsyn hidastuminen tutkimusaikavälillä saattaa vähäisessä määrin selittää perusterveydenhuollon pidempiä odotusaikoja, niin erikoissairaanhoidosta päästään siitä riippumatta keskimäärin nopeammin hoitoon. Odotusajan pitkittyessä hoitoa odottavien osuudet vaikuttavat kuitenkin myös lähenevän toisiaan perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa.

Taulukko 3.

Coxin regressiot useamman selittäjän yhteydestä odotusaikaan, kun lähettävän yksikön riippuvuus odotusajasta huomioidaan.

	Malli 3			Malli 4		
	β (kv)	HR (95 % lv)	p	β (kv)	HR (95 % lv)	p
Lähettävä yksikkö _{AR}	0.69 ^a (0.16)	2.00 (1.47-2.72)	< .001	0.83 (0.16)	2.29 (1.68-3.12)	< .001
Lähettävä yksikkö: pth	-0.71 (0.17)	0.49 (0.36-0.68)	< .001	-1.02 (0.17)	0.36 (0.26-0.49)	< .001
Oheissairastavuus	-0.33 (0.12)	0.72 (0.57-0.90)	< .01	-0.32 (0.12)	0.72 (0.57-0.91)	< .01
ATA	-0.55 (0.10)	0.58 (0.48-0.69)	< .001			
ATA ²	-0.49 (0.10)	0.61 (0.52-0.72)	< .001			

Lähettävä yksikkö_{AR} = lähettävän yksikön aikariippuvainen termi, pth = perusterveydenhuolto, ATA = aika tutkimusaikavälin alusta, kv = keskivirhe, HR = Hazard ratio (suhteellinen riskitiheys), lv = luottamusväli.

^a Mallin perusteella perusterveydenhuollon suhteellinen riskitiheys erikoissairaanhoidoon nähden muuttuu odotusajan kasvaessa siten, että $HR = \exp(-0.71 + 0.69 \times \log(t + 0.5))$, jossa t on odotusaika, johon on lisätty logaritimuunnoksen vuoksi vakio.

5. Pohdinta

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin lyhyiden ostopalvelopsykoterapioiden odotusaikaa ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Muodostetun arvion perusteella puolet potilaista pääsee psykoterapiaan noin kolmen kuukauden kuluessa. Hoitoonpääsy on myös muuttunut tutkimusaikavälillä siten, että se on ensin nopeutunut, ja alkanut sitten hidastua noin viiden kuukauden jälkeen. Tästä muutoksesta riippumatta on havaittavissa, että samanaikaisesti yhdestä tai useammasta muusta psykiatrisesta häiriöstä kärsivät ja perusterveydenhuollosta lähetetyt potilaat pääsevät keskimäärin hitaammin hoitoon. Perusterveydenhuollosta lähetettyjen potilaiden hoitoonpääsy vaikuttaa kuitenkin kiihtyvän odotusaikojen pitkittyessä. Potilaan sukupuoli, ikä, hoidettava psykiatrinen häiriö tai haettu psykoterapiasuuntaus puolestaan eivät vaikuta tämän tutkimuksen perusteella selittävän hoitoonpääsyn kestoa.

4.1 Hoitoonpääsyn kesto

Tutkimus on Suomessa tiettävästi ensimmäinen laatuaan, joten vastaavia kotimaisia vertailukohtia psykoterapiaan pääsyn kestolle ei ole. Myöskään tietoa kansallisista tai palveluntuottajakohtaisista tavoiteajoista ei ole käytettävissä. Psykoterapian saatavuuden parantamiseen tähtäävässä Terapiatakuu -aloitteessa on kuitenkin esitetty, että psykososiaalisen hoidon tulisi alkaa perusterveydenhuollossa neljän viikon sisällä siitä, kun hoidon tarve on arvioitu (KAA 10/2019 vp).

Yksi mielekäs vertailukohta on myös Iso-Britannian IAPT-järjestelmä, jossa tavoitteena on, että 75 % psykoterapiaan ohjatuista potilaista aloittaa hoidon 1,5 kuukauden kuluessa, ja 95 % 4,5 kuukauden kuluessa (NHS, 2019). Vuonna 2018-2019 89,4 % aloitti hoidon 1,5 kuukauden sisällä, ja 99 % 4,5 kuukauden sisällä, joten tavoite toteutui odotusaikojen osalta. Edellä mainittuihin tavoitteisiin nähden hoitoonpääsy on siis selvästi hitaampaa tässä tutkimuksessa tarkasteltujen psykoterapioiden osalta. On kuitenkin huomioitava, että sekä terapiatakuun että IAPT:n tavoitteet koskevat psykososiaalisia hoitoja ylipäänsä. IAPT-palveluissa keskeisen osan järjestelmää muodostavat matalan intensiteetin palvelut, jotka pitävät sisällään muun muassa ohjattua, itsenäistä työskentelyä (*guided self-help*) ja verkkopohjaisia hoitoja (Clark ym. 2018).

Vertailua Iso-Britannian järjestelmään hankaloittaa myös odotusaikojen laskentatavan eroavaisuus. IAPT-palveluiden odotusaikaa koskevat luvut on laskettu niiden potilaiden odotusajoista, jotka ovat päättäneet hoidon tarkasteluajanjaksolla (NHS, 2019). Tämä on perusteltua, koska käytössä on pidempi seurantadata. Esimerkiksi 2018-2019 psykoterapian päättäneet ovat voineet aloittaa terapian jo ennen vuotta 2018. Näin muodostettu arvio olisi kuitenkin HUSin lyhyiden ostopalvelopsykoterapioiden kohdalla tällä hetkellä liian liberaali, koska suhteellisen lyhyen seuranta-ajan vuoksi pidempiä odotusaikoja jäisi tarkastelun ulkopuolelle. Tätä laskentatapaa voidaan kuitenkin soveltaa, kun aineistoa on kertynyt enemmän.

Yksi vaihtoehto on myös tarkastella jatkossa tiettyä vuonna psykoterapiaan lähetteen saaneiden potilaiden odotusaikoja määritellyn seuranta-ajan päästä. Esimerkiksi vuonna 2019 lähetteen saaneiden odotusaikoja voidaan tarkastella vuoden 2020 lopussa, jolloin jokaisen vuonna 2019 lähetteen saaneen potilaan seuranta-aika on vähintään vuosi. Tällöin voidaan määrittää tarkemmin vuoden jälkeen yhä psykoterapiaa odottavien potilaiden osuus. Tässä tutkimuksessa tarkasteluajavälin päättyessä 13 kuukauden jälkeen hoitoonpääsyä yhä odottavien estimoitu osuus (26 %) voi olla liian korkea, koska selviytymisfunktion arvo muuttuu vain havaitun hoitoonpääsyn kohdalla, ja tutkimusajaväli rajoittaa pitkien odotusaikojen havaitsemista. On hyvin mahdollista, että osa potilaista aloittaa psykoterapian vasta 10 kuukauden jälkeen, vaikka aineistossa ei ollutkaan tällaisia havaintoja.

Kaikki potilaat eivät kuitenkaan todennäköisesti aloita koskaan psykoterapiaa joko omasta tahdostaan tai joidenkin olosuhteiden muutosten pakottamana. Näin voi olla esimerkiksi, jos potilas kokee toipuneensa odotusajalla tai päättyy psykoterapian korvaavaan hoitoon. Tieto psykoterapeutin hakemisen keskeyttämisestä ei aina kantaudu terveydenhuollon työntekijöille, joten kyseisten potilaiden määrän arvioiminen on haastavaa. Näin ollen, vaikka tässä tutkimuksessa vain kolmella potilaalla psykoterapeutin haku oli merkattu keskeytyneeksi, niin prosessista pois jättäytyvien potilaiden todellinen määrä ei ole tiedossa. Tästä syystä ei myöskään voida ottaa kantaa siihen, lisääkö pitkä odotusaika todennäköisyyttä jättää hoito väliin. Aineiston kertyessä on kuitenkin mahdollista arvioida tarkemmin, kuinka pitkän ajan jälkeen potilaat eivät todennäköisesti aloita terapiaa, jolloin hoidon aloittavien odotusajan vaihteluväli on paremmin tiedossa. Olisi myös kiinnostavaa selvittää tulevaisuudessa, voidaanko laaturekisteristä saatavien, muiden kuin odotusaikaa koskevien tietojen perusteella erotella psykoterapian aloittavat prosessista pois jättäytyvistä potilaista.

4.2 Hoitoonpääsyn kestoon yhteydessä olevat tekijät

Tutkimuksessa havaittiin odotetusti, että hoitoonpääsy ei ole ollut tasaista tutkimusaikavälillä. On todennäköistä, että uuden toiminnan käynnistäminen laaturekisterin käyttöönoton jälkeen on vaatinut aikaa esimerkiksi terapian maksusitoumuksen hoitamiseen liittyvien toimenpiteiden osalta. Hoitoonpääsyn tahti on sitten nopeutunut mahdollisesti käytäntöjen vakiintumisen vuoksi, kunnes se on saavuttanut lakipisteen, jonka jälkeen tahti on hidastunut. Yksi mahdollinen selitys hidastumiselle on, että uusia potilaita on lähetetty prosessien vakiintumisen jälkeen nopeammin kuin psykoterapeuteilta on vapautunut aikoja. Tämä voi viitata riittämättömään psykoterapiapalveluiden tarjontaan, mutta myös siihen, että kaikkea tarjontaa ei hyödynnetä optimaalisesti. Osa potilaista saattaa esimerkiksi etsiä psykoterapeutteja pääasiassa muiden henkilöiden suositusten perusteella, jolloin tarjontaa ei käydä perusteellisesti läpi. Kaikki psykoterapeutit eivät myöskään ole löydettävissä sähköisistä hakupalveluista.

Myös lähettävä taho ja psykiatrinen oheissairastavuus selittivät tutkimuksessa hoitoonpääsyn vauhtia. Perusterveydenhuollossa ei välttämättä ole käytössä samanlaisia resursseja potilaan hoitoonohjauksessa kuin erikoissairaanhoidossa. On siis mahdollista, että hitaampaa hoitoonpääsyä selittää esimerkiksi vähäisempi työntekijän tuki psykoterapeutin etsinnässä. Hoitoonpääsy kuitenkin kiihtyy odotusaikojen pitkeytyessä, mikä saattaa johtua esimerkiksi psykoterapeutin etsinnässä tarjotun tuen tehostamisesta pitkään odottaneiden potilaiden kohdalla. On kuitenkin huomioitava, että sekä perusterveydenhuollosta lähetettyjen potilaiden hitaamman hoitoonpääsyn että sen kiihtymisen taustalla voi olla myös muita tekijöitä, joiden selvittäminen ei ole mahdollista tämän tutkimuksen puitteissa. Näitä tekijöitä onkin tarpeen kartoittaa tulevaisuudessa tarkemmin.

Monihäiriöisten potilaiden kohdalla toimintakyvyn heikentyminen voi olla laajempaa (Löwe, Spitzer, Williams, Mussell, Schellberg & Kroenke, 2008), mikä saattaa näkyä suurempina haasteina psykoterapeutin etsinnässä, ja siten selittää hitaampaa hoitoonpääsyä. Käytössä ei kuitenkaan ollut lähtötason toimintakyvyn mittauksia, eikä tietoa koetuista haasteista psykoterapiaprosessin aikana, joten perusteellisia johtopäätöksiä ei voida vetää. Tulosten perusteella on kuitenkin mahdollista, että tuen tarve korostuu laajemmasta ja vaikeammasta oirekuvasta kärsivien potilaiden kohdalla, mikä tulee ottaa huomioon psykoterapeutin etsinnän tukemisessa.

Tutkimuskysymyksiä asetettaessa pidettiin myös mahdollisena, että korkeampi ikä, sukupuoli, haettu terapiasuuntaus ja hoidettava psykiatrinen häiriö selittävät hoitoonpääsyn kestoja. Tulokset eivät kuitenkaan tukeneet näitä oletuksia, mitä voidaan pitää positiivisena hoitoonpääsyn tasa-arvon näkökulmasta. Tulosten perusteella psykoterapian tarjonta vaikuttaa vastaavan eri-ikäisten, psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluiden piirissä olevien potilaiden tarpeisiin, vaikka tarjonta lieneekin määrällisesti vähäisempää iäkkäiden potilaiden kohdalla (Valkonen ym. 2011). Vanhempia asiakkaita myös mahdollisesti tuetaan enemmän psykoterapeutin hakemisessa.

Sukupuolten välisen tasa-arvon toteutuminen hoitoonpääsyn nopeudessa lähetteen ja psykoterapian alkamisen välillä on tärkeä havainto, joka täydentää tietoa sukupuolten välisistä eroista hoitoon hakeutumisessa. Vaikuttaa siltä, että ainakaan psykoterapiaan lähetteen saaneiden miesten keskuudessa ei ole hoitoonpääsyä haittaavia ennakkoasenteita. Tätä voi selittää se, että nämä miehet ovat jo ylittäneet avun hakemisen kynnyksen, ja psykoterapia on arvioitu heidän kohdallaan soveltuvaksi hoitomuodoksi. Hoitoon lähetetyt miehet ovat tästä syystä mahdollisesti avoimempia psykoterapeuttiselle työskentelylle kuin miehet keskimäärin.

Potilaan psykoterapiasuuntausta koskevat tulokset eivät salli johtopäätöstä, että psykoterapiaan pääsyn kesto eroaisi terapiasuuntausten välillä. Tätä ei kuitenkaan voida myöskään sulkea pois. Kun potilas saa lähetteen psykoterapiaan, hänellä on tyypillisesti useita vaihtoehtoja terapiasuuntaukselle. Potilaan psykoterapiamuodon valinta saattaa siis tapahtua osin sen perusteella, mitä suuntausta harjoittavia psykoterapeutteja sattuu olemaan vapaana. Tässä tutkimuksessa selvästi suurin osa aloitetuista psykoterapioista oli ratkaisukeskeisiä ja kognitiivisia, mitä selittää ainakin se, että tarkastelun kohteena oli vain lyhytpsykoterapiat. Kotimaista psykoterapiakenttää koskevassa tutkimuksessa (Valkonen ym. 2011) nämä terapiasuuntaukset eivät korostuneet yhtä paljon psykoterapeuttien taustakoulutuksia tarkasteltaessa. Tuoreemman kyselyn perusteella on kuitenkin mahdollista, että kognitiivisten ja ratkaisukeskeisten suuntausten asema on yleisesti vahvistunut vuosikymmenen kuluessa (Service & Valvanne, 2019).

Tutkimuksen perusteella voidaan myös todeta, että HUSin lyhyiden ostopalvelupsykoterapioiden kohdalla hoidettava häiriö ei näytä vaikuttavan hoitoonpääsyyn. Tulokset eivät siten viittaa siihen, että psykoterapiatarjonta olisi merkittävästi heikompaa joidenkin häiriöiden osalta, tai että häriöspesifit tekijät vaikuttaisivat psykoterapeutin etsintään. Tämä tukee osaltaan hypoteesia siitä, että psykiatrisen oheissairastavuuden vaikutus voi selittyä yleisesti oireilun ja toimintakyvyn heikentymisen laajuuteen liittyvillä tekijöillä. Hoidettava psykiatrinen häiriö luokiteltiin kuitenkin

suhteellisen karkeasti otoskoon rajoitusten vuoksi. Joidenkin psykiatristen häiriöiden kohdalla hoitoonpääsy saattaa siis olla hitaampaa, vaikka eroja ei havaittukaan tässä tutkimuksessa.

4.3 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitteet

Tutkimuksen keskeisenä vahvuutena voidaan pitää poikkeuksellisen laajaa aineistoa: tarkastelun ulkopuolelle jätettyjä potilaita lukuun ottamatta otos kattaa kaikki lyhyisiin ostopalvelupsykoterapioihin tarkasteluajavälillä lähetetyt potilaat. Tutkimuksessa oli myös käytettävissä suhteellisen laaja joukko muuttujia, joista suurimman osan kohdalla oli havaintoja lähes kaikilta potilailta. Vaikka tutkimusajaväli oli vain noin 13 kuukautta, elinaika-analyysin menetelmien avulla käytettävissä olevaa aineistoa voitiin hyödyntää perusteellisesti hoitoonpääsyn keston mallintamisessa. Kokonaisuudessaan tutkimuksessa voitiin tuottaa kattavaa tietoa hoitoonpääsyn kestosta ja siihen vaikuttavista tekijöistä HUSin lyhyiden ostopalvelupsykoterapioiden osalta.

Tiettyjä rajoitteita on kuitenkin syytä käsitellä tarkemmin. Tutkimuksen yhtenä puutteena voidaan pitää sitä, että otoksesta jouduttiin poistamaan 206 potilasta, joiden odotusaikaa ei voitu laskea kirjaukseen liittyvien puutteiden takia. Koska potilaan kirjaaminen laaturekisteriin ei välttämättä tapahdu aina heti positiivisen terapiapäätöksen jälkeen, ja terapian alkamisajankohta on voitu arvioida suuntaa antavasti, niin myös tutkimuksen otoksen odotusajat ovat tarkalleen ottaen estimaatteja.

Suurin osa otoksesta poistetuista potilaista oli lähetetty tutkimusajavälin alkuvaiheilla, jolloin hoitoonpääsy on ollut nopeampaa. Kaikki näistä potilaista olivat myös aloittaneet psykoterapian tutkimusajavälillä. Näin ollen arvio odotusajan mediaanista olisi todennäköisesti ollut pienempi, jos tietoa näiden potilaiden odotusajoista olisi ollut käytettävissä. Tällaista arviota olisi toisaalta voitu pitää myös vähemmän edustavana nykytilanteeseen nähden, sillä tutkimusajavälin alusta kulunutta aikaa koskevan mallin perusteella hoitoonpääsy on hidastunut tutkimusajavälillä.

Eräs keskeinen puute on myös, ettei tutkimuksessa ollut mahdollista tarkastella potilaiden saaman tuen vaikutusta psykoterapeutin löytämiseen. Tätä olisi tulevaisuudessa tärkeää selvittää, sillä tulosten perusteella voitaisiin tehdä päätelmiä siitä, kuinka keskeisesti haasteet psykoterapeutin etsinnässä määrittelevät hoitoon pääsyn kestoa suhteessa psykoterapiatarjonnan riittävyyteen.

Jos esimerkiksi havaittaisiin, ettei itsearvioitu psykoterapeutin etsinnässä saadun tuen määrä ja laatu ole yhteydessä odotusajan pituuteen, niin hoitoonpääsyn nopeuttamiseksi voisi olla syytä keskittyä enemmän palveluiden saatavuuden varmistamiseen. Päinvastaisessa tilanteessa taas olisi enemmän perusteita panostaa myös hoitoonohjauksen kehittämiseen.

Koska tutkimuksessa selvitettiin spesifiä palvelua koskevia odotusaikoja, niin tuloksia ei voida sellaisenaan yleistää HUSin lyhyiden ostopalvelopsykoterapioiden ulkopuolelle. Seuraavaksi olisikin mielekästä tehdä vastaava tutkimus hoitoon pääsyn kestosta pitkissä ostopalvelopsykoterapioissa. HUSilla on myös parhaillaan käynnissä sisäisten psykoterapioiden vienti laaturekisteriin. Tieto näitä psykoterapioita koskevasta hoitoon pääsyn kestosta tulee täydentämään oleellisesti kokonaiskuvaa ja mahdollistamaan vertailun ostopalveluina ja sisäisesti tuotettujen hoitojen välillä.

Varsinaisten tutkimuksen toteuttamiseen liittyvien kysymyksien lisäksi on myös syytä tarkastella kriittisesti tiettyjä taustaoletuksia. Tässä tutkimuksessa nopeaa psykoterapiaan pääsyä on perusteltu itseisarvona odotusaikaan liittyvän heikomman elämänlaadun, sekä mahdollisesti hoitoprosessille haitallisten seurannaisvaikutusten näkökulmasta. Yhtenä keskeisenä havaintona on käsitelty sitä, että suurimman osan kohdalla vointi ei vaikuta oleellisesti muuttuvan odotusajalla, minkä lisäksi myös potilaan tilan heikentyminen on mahdollista. Tutkimuksissa ei kuitenkaan ole tyypillisesti raportoitu kattavasti odotusaikaa koskevia hoitokäytäntöjä. On mahdollista, että kyseisillä käytännöillä voidaan vaikuttaa odotuksen aikaiseen elämänlaatuun.

Ahola kollegoineen on esittänyt, että jos terapian alkamisajankohta on ennalta määritetty ja hoitokontakti lähettävään tahoon säilyy, niin odotusaikaa voidaan joissain tapauksissa pitää jopa hyödyllisenä, psykoterapiaan valmistavana ajanjaksona (Ahola, Joensuu, Knekt, Lindfors, Saarinen, Tolmunen, 2017). Tutkijat havaitsivat, että puoli vuotta pitkää psykodynaamista terapiaa odottavilla masennuspotilailla (n = 16) 18-60 % oireiden vähenemisestä tapahtui odotusajalla. Potilaat myös hyötyivät psykoterapiasta pitkälti samassa määrin ja osin jopa enemmän suoraan hoidon aloittaneisiin (n = 17) verrattuna (Ahola ym. 2017).

Mahdollinen aikataulutettua odotusaikaa ja hoitohenkilökunnan tavoitettavuutta koskevien käytäntöjen puuttuminen voi olla yksi selitys sille, miksi IAPT-palveluita koskeneessa tutkimuksessa (Clark ym. 2018) potilaat toipuivat huonommin alueilla, joissa odotusajat olivat pidempiä. Clark kollegoineen (2018) piti mahdollisena, että pitkillä odotusajoilla innostus ja halu sitoutua

psykoterapeuttiseen hoitoon laskee, mikä näkyy hoidon tuloksellisuudessa. Tällainen efekti saattaisi välittyä sitä kautta, että potilaat ovat epätietoisia hoidon alkamisen ajankohdasta ja saavat huonosti kiinni henkilökuntaa.

Aholan ja kollegoiden tulosten (2017) perusteella on myös mielenkiintoista pohtia, olisiko osaa potilaista hyödyllistä rohkaista sopimaan terapian alkamisajankohta suoraan pidemmälle, mikäli potilaalle soveltuva ja sopimisen mahdollistava psykoterapeutti löytyy. Tällöin potilaan voimavaroja voisi kulua vähemmän kuin tilanteessa, jossa hoidon nopea alkaminen on keskeinen kriteeri, mutta vapaiden psykoterapeuttien löytäminen hankalaa. Odotusajalla potilasta voidaan myös ohjata systemaattisesti hyödyntämään itsehoitomateriaaleja tai tarvittaessa nettiterapiaa, kuten todennäköisesti jo nyt tehdään. Haasteena on kuitenkin sellaisten potilaiden tunnistaminen, joille pidempi odotusaika todennäköisimmin soveltuu. Kysymyksenä on, voidaanko mahdollista voinnin heikentymistä ja ongelmien monimutkaistumista ehkäistä rutiininomaisesti kliinisissä olosuhteissa myös odotusajalla. Erilaisten odotuksenaikaisten käytäntöjen vaikutusta ja voinnin muutosta ennustavia tekijöitä tulisi näin ollen tutkia isommalla aineistolla.

4.4 Tulosten hyödyntäminen ja jatkotoimenpiteet

Psykoterapeutin etsimisen käytäntöjä koko aikavälillä positiivisesta terapiapäätöksestä psykoterapian aloittamisesta sopimiseen olisi syytä selvittää perusteellisesti sekä potilaan että työntekijöiden näkökulmasta. Näin voitaisiin tunnistaa mahdollisia ongelmakohtia ja toisaalta hyväksi koettuja käytäntöjä, ja siten kehittää ohjausta sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Lisäksi monihäiriöisiä potilaita koskevien tuloksien perusteella on syytä pohtia, onko mahdollista kehittää ohjauksen mallia, jossa osalle potilaista tarjottaisiin järjestelmällisesti intensiivisempää tukea psykoterapeutin etsintään.

Seuraavaksi tulisi myös rakentaa järjestelmällistä odotusaikojen seurantaa esimerkiksi IAPT-palveluista saatuja kokemuksia (NHS, 2015) hyödyntäen. Keskeisiä askelmerkkejä voidaan HUSin tapauksessa jaotella muun muassa seuraavasti:

1. *Pitkien ostopalvelopsykoterapioiden ja sisäisten psykoterapioiden hoitopääsyn seurannan aloittaminen.*

2. *Hoitoonpääsyn kestoja koskevan laskentatavan vakiinnuttaminen ja tavoiteaikojen määrittäminen.* Tavoiteaikoja on myös syytä päivittää hoitoonpääsyn säännöllistä seurantaa hyödyntäen.
3. *Seurannan tasojen määrittäminen.* HUS Psykiatrian organisaatio on jaettu useasta yksiköstä koostuviin linjoihin, joten seuranta voi olla esimerkiksi linjakohtaista.
4. *Aineiston systemaattisen tarkastelun mahdollistavien käytäntöjen luominen.* Tämä koskee analyysistä vastaavan tahon määrittämistä ja työnjakoa HUSin tietohallinnon kanssa.
5. *Hoitoonpääsyn seurannan tiheyden ja tulosten julkaisukanavien määrittäminen.*

Lyhytpsykoterapioiden saatavuus riittävän varhaisessa vaiheessa voidaan nähdä yhtenä keskeisenä toimivien mielenterveyspalveluiden laatupiirteenä (Wahlbeck, 2018). Tässä tutkimuksessa kyseisen laatupiirteen toteutumista koskevaa tietoa on lisätty yhden palvelukokonaisuuden osalta. Tulokset luovat hyvän pohjan hoitoonohjauksen kehittämiseksi HUS Psykiatrialla.

Hoitoonpääsyn seurantaa tulee kuitenkin tulevaisuudessa kehittää niin HUSilla kuin muissakin terveydenhuollon organisaatioissa, jotta psykoterapian saatavuutta voidaan arvioida ja parantaa systemaattisesti. Kun eri alueiden psykoterapiapalveluiden odotusaikojen seuranta on kattavaa, se tarjoaa mittarin palvelutarjonnan ja hoitoonohjauksen kehittämisen tuloksellisuudelle myös valtakunnallisesti. Yliopistosairaanhoitopiirien yhteistyönä syntynyt laaturekisterihanke antaa tälle kehitystyölle hyvät välineet.

Lähteet

- Ahola, P., Joensuu, M., Knekt, P., Lindfors, O., Saarinen, P., Tolmunen, T. & Lehtonen, J. (2017). Effects of scheduled waiting for psychotherapy in patients with major depression. *The Journal of nervous and mental disease*, 205(8), 611-617.
- Anderson, T. R., Hogg, J. A., & Magoon, T. M. (1987). Length of time on a waiting list and attrition after intake. *Journal of Counseling Psychology*, 34(1), 93.
- Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä. A 564/1994. [Viitattu 20.4.2020].
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940564>
- Service, H. & Valvanne, H. (2019). Psykoterapia 2019. Psykoterapian nykytila: Terapeutteja kaivataan lisää ja hoitoonohjaus takkuilee. AtCare oy, Helsinki. Saatavilla: info@minduu.fi
- Barkham, M., Mullin, T., Leach, C., Stiles, W. B., & Lucock, M. (2007). Stability of the CORE-OM and the BDI-I prior to therapy: Evidence from routine practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(2), 269-278.
- Beck, A., Burdett, M., & Lewis, H. (2015). The association between waiting for psychological therapy and therapy outcomes as measured by the CORE-OM. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(2), 233-248.
- Benway, C. B., Hamrin, V., & McMahon, T. J. (2003). Initial appointment nonattendance in child and family mental health clinics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(4), 419-428.
- Biringer, E., Sundfjør, B., Davidson, L., Hartveit, M., & Borg, M. (2015). Life on a waiting list: How do people experience and cope with delayed access to a community mental health center? *Scandinavian Psychologist*, 2, e6. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.2.e6>
- Booth, P. G., & Bennett, H. E. (2004). Factors associated with attendance for first appointments at an alcohol clinic and the effects of telephone prompting. *Journal of Substance Use*, 9(6), 269-279.
- Clark, D. M., Canvin, L., Green, J., Layard, R., Pilling, S., & Janecka, M. (2018). Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *The Lancet*, 391(10121), 679-686.
- Community and Mental Health team (2019). Psychological Therapies. Annual report on the use of IAPT services, England 2018-19. National Health Service, NHS Digital, part of the Government Statistical Service, UK.

- Cox, D. R. (1972). Regression models and life-tables. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Methodological)*, 34(2), 187-202.
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Jama psychiatry*, 74(4), 319-328.
- Cromarty, P., Drummond, A., Francis, T., Watson, J., & Battersby, M. (2016). NewAccess for depression and anxiety: adapting the UK improving access to psychological therapies program across Australia. *Australasian Psychiatry*, 24(5), 489-492.
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual review of clinical psychology*, 15, 207-231.
- Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology/psychologie canadienne*, 58(1), 7.
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Huibers, M. J. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15(3), 245-258.
- Dadomo, H., Panzeri, M., Caponcello, D., Carmelita, A., & Grecucci, A. (2018). Schema therapy for emotional dysregulation in personality disorders: A review. *Current opinion in psychiatry*, 31(1), 43-49.
- Folkens, C., Hersch, P., & Dahlen, D. (1980). Waiting time and no-show rate in a community mental health center. *American Journal of Community Psychology*, 8(1), 121-123.
- Freund, R. D., Russell, T. T., & Schweitzer, S. (1991). Influence of length of delay between intake session and initial counseling session on client perceptions of counselors and counseling outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 38(1), 3.
- Grambsch, P. M., & Therneau, T. M. (1994). Proportional hazards tests and diagnostics based on weighted residuals. *Biometrika*, 81(3), 515-526.
- Isometsä E. Psykiatrinen sairastavuus ja psykoterapian tarve väestössä. Julkaisussa: Psykoterapia. Konsensuskokous 16.–18.10.2006. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia, 2006: 65–69.
- Jauhar, S., Laws, K. R., & McKenna, P. J. (2019). CBT for schizophrenia: a critical viewpoint. *Psychological medicine*, 49(8), 1233-1236.

- Kaplan, E. L., & Meier, P. (1958). Nonparametric estimation from incomplete observations. *Journal of the American statistical association*, 53(282), 457-481.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R. O. N., Demyttenaere, K., Gasquet, I., ... & Kawakami, N. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World psychiatry*, 6(3), 168.
- Knapstad, M., Nordgreen, T., & Smith, O. R. (2018). Prompt mental health care, the Norwegian version of IAPT: clinical outcomes and predictors of change in a multicenter cohort study. *BMC psychiatry*, 18(1), 260.
- Suvisaari, S., Viertiö S., Solin P. & Partonen T. (2018). Mielenterveys. Teoksessa Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K., & Koskinen, S. (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017-tutkimus*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Masennus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020.
- Laaksonen, M. (2014). Patient suitability for short-term and long-term psychotherapy. Academic Dissertation. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Research 144.
- Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista. L 566/2005. [Viitattu 20.4.2020]. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050566>
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta. L 733/1992. [Viitattu 20.4.2020]. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920733>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. L 559/1994. [Viitattu 20.4.2020]. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Lehtinen, V., Joukamaa, M., Jyrkinen, T., Lahtela, K., Raitasalo, R., Maatela, J., Aromaa, A. (1991) Suomalaisen aikuisten mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt. Turku ja Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:33.
- Lindfors, O., Laaksonen, M. & Knekt, P. (2016). Psykoterapian tarpeen ja soveltuvuuden arviointi haastattelumenetelmällä. *Psykoterapia*, 35(1).
- Lönnqvist, J. & Marttunen, M. (2017). Psykiatristen häiriöiden psykoterapeuttinen hoito. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen T. (toim.) *Psykiaatria*. 9. Uudistettu painos (s. 781) Helsinki: Duodecim.

- Marshall, D., Quinn, C., Child, S., Shenton, D., Pooler, J., Forber, S., & Byng, R. (2016). What IAPT services can learn from those who do not attend. *Journal of Mental Health*, 25(5), 410-415.
- May, R. J. (1991). Effects of waiting for clinical services on attrition, problem resolution, satisfaction, attitudes toward psychotherapy, and treatment outcome: A review of the literature. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22(3), 209.
- Melartin, T., Kuosmanen L., Riihimäki, K. (2010). Tosi mies ei masennu?. *Suomen lääkärilehti*, 65(3), 169-173.
- Mielenterveyslaki. L 1116/1990. [Viitattu 20.4.2020].
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Mohr, D. C., Ho, J., Hart, T. L., Baron, K. G., Berendsen, M., Beckner, V. & Schroder, K. E. (2014). Control condition design and implementation features in controlled trials: a meta-analysis of trials evaluating psychotherapy for depression. *Translational behavioral medicine*, 4(4), 407-423.
- NHS (2015). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) waiting times guidance and FAQs. National Health Service, Englanti.
- Partio, T. (toim.) (2011). Kelan kuntoutustilasto 2019. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Pearsall, P. (2011). 500 therapies: Discovering a science for everyday living. New York, NY: Norton
- Pompoli, A., Furukawa, T. A., Imai, H., Tajika, A., Efthimiou, O., & Salanti, G. (2018). Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. *BJPsych Advances*, 24(1), 2-2.
- Posternak, M. A., & Miller, I. (2001). Untreated short-term course of major depression: a meta-analysis of outcomes from studies using wait-list control groups. *Journal of affective disorders*, 66(2-3), 139-146.
- R Core Team (2018) R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna. <https://www.R-project.org>
- Rodolfa, E. R., Rapaport, R., & Lee, V. E. (1983). Variables related to premature terminations in a university counseling service. *Journal of Counseling Psychology*, 30(1), 87.
- Rodolfa, E. R., Rapaport, R., & Lee, V. E. (1983). Variables related to premature terminations in a university counseling service. *Journal of Counseling Psychology*, 30(1), 87.

- Sparks, W. A., Daniels, J. A., & Johnson, E. (2003). Relationship of referral source, race, and wait time on preintake attrition. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(5), 514.
- Swift, J. K., Whipple, J. L., & Sandberg, P. (2012). A prediction of initial appointment attendance and initial outcome expectations. *Psychotherapy*, 49(4), 549.
- Terapiatakuu mielenterveyspalveluihin pääsyn nopeuttamiseksi. Kansalaisaloite 10/2019 vp. [Viitattu 20.4.2020]. <https://www.kansalaisaloite.fi/fi/aloite/3890>
- Therneau T (2020). *A Package for Survival Analysis in R*. R package version 3.1-12, <https://CRAN.R-project.org/package=survival>.
- OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris/EU, Brussels, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.
- Penkova, Z., Stark, R., Leichsenring, F., & Steinert, C. (2018). The Effects of Waiting for Treatment: A Meta-analysis of Wait-list Control Groups in Randomized Controlled Trials for Panic Disorder. *Current Psychiatry Reviews*, 14(2), 60-70.
- Reitzel, L. R., Stellrecht, N. E., Gordon, K. H., Lima, E. N., Wingate, L. R., Brown, J. S. & Joiner Jr, T. E. (2006). Does time between application and case assignment predict therapy attendance or premature termination in outpatients?. *Psychological Services*, 3(1), 51.
- Rutherford, B. R., Mori, S., Sneed, J. R., Pimontel, M. A. & Roose, S. P. (2012). Contribution of spontaneous improvement to placebo response in depression: a meta-analytic review. *Journal of psychiatric research*, 46(6), 697-702.
- Saarni, S. I., Härkänen, T., Sintonen, H., Suvisaari, J., Koskinen, S., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2006). The impact of 29 chronic conditions on health-related quality of life: a general population survey in Finland using 15D and EQ-5D. *Quality of life Research*, 15(8), 1403-1414.
- Sailas, E., Heimola, M., & Stenberg, J. H. (2019). Psykoterapian haitat – ei vain ruusutarhaa. *Duodecim*, 135(15), 1377-1384.
- Steinert, C., Stadter, K., Stark, R., & Leichsenring, F. (2017). The effects of waiting for treatment: A meta-analysis of waitlist control groups in randomized controlled trials for social anxiety disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(3), 649-660.
- Valkonen, J., Henriksson, M., Tuulio-Henriksson, A. & Autti-Rämö, I. (2011). Psykoterapeutit Suomessa. Psykoterapiapalvelut ja niiden järjestäminen.

- Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä. 582/2017. [Viitattu 20.4.2020]. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170582>.
- Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J. & Tourunen, J. (2018). *Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2017. Valtioneuvoston kanslia 07.02.2018, Helsinki.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Young, C. (2006). What happens when people wait for therapy? Assessing the clinical significance of the changes observed over the waiting period for clients referred to a primary care psychology service. *Primary Care Mental Health*. 4(2), 113-119.
- Zhang, A., Franklin, C., Jing, S., Bornheimer, L. A., Hai, A. H., Himle, J. A., ... & Ji, Q. (2019). The effectiveness of four empirically supported psychotherapies for primary care depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 245, 1168-1186.
- Öst, L. G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156-169.

Liite. Tutkimuksen otoksen ja sen ulkopuolelle jätettyjen potilaiden vertailu.

Muuttujat	Tutkimusotos n = 819	Otoksen ulkopuolelle jätetyt potilaat n = 206	$\chi^2(va)/t(va)$	p
	n (%) tai ka (kh)	n (%) tai ka (kh)		
Ikä	37 (13.65)	40 (14,60)	2.87(305)	.004
Sukupuoli			0.74(1)	.38
Mies	185 (22.64)	49 (23.79)		
Nainen	632 (77.36)	157 (76.21)		
Diagnoosiryhmä			70(5)	< .001
F32	259 (31.62)	43 (20,87)		
F33-34	121 (14.77)	41 (19,90)		
F40-41	271 (33.01)	65 (31,55)		
F43	92 (11.23)	32 (15,53)		
Muu dg.	37 (4.52)	11 (5,34)		
Ts. rajoitettu	39 (4.76)	14 (6,80)		
Oheissairastavuus			24.76(1)	< .001
Määritelty sivudiagnoosi	189 (23.10)	34 (16.50)		
Ei sivudiagnoosia	630 (76.92)	172 (83.50)		
Terapiasuuntaus			23.59(6)	< .001
Integratiivinen	44 (5.37)	18 (8.73)		
Kognitiivis-analyttinen	41 (5.00)	10 (4.85)		
Kognitiivinen	52 (6.35)	24 (11.65)		
Kognitiivinen terapia	124 (15.14)	37 (17.96)		
Psykodynaaminen	59 (7.20)	24 (11.65)		
Ratkaisukeskeinen	144 (17.58)	64 (31.07)		
Muu	19 (2.32)	15 (7.28)		
Puuttuu	336 (41.03)	14 (6.80)		
Lähettävä taho			600(1)	< .001
Perusterveydenhuolto	381 (46.52)	32 (15.61)		
Erikoissairaanhoito	433 (52.87)	173 (84.40)		
ATA	6,83 (3.84)	3,02 (3,83)	8.25(315)	< .001

F32 = masennustila, F33-34 = toistuva masennus ja pitkäaikainen mielialahäiriö, F40-41 = fobiat ja muut ahdistuneisuushäiriöt, F43 = Reaktiot vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt, Muu dg = Muu diagnoosi, Ts. rajoitettu = diagnoosit, joiden hoitoon myönnettäviä psykoterapiamuotoja on rajattu, ATA = aika tutkimusaikavälin alusta kuukausina, ka = keskiarvo, kh = keskihajonta, χ^2 = khii toiseen yhteensopivuustestin suure, t = Welchin t-testin suure, va = vapausasteet.